

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU CANCER GASTRIQUE
CHEZ LE SUJET
AGÉ DE MOINS DE TRENTE ANS**

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 1^{er} Juillet 1953

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean MONTAGNON

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Ancien Interne des Hôpitaux de Saint-Etienne

Né le 11 Janvier 1924, à LYON (Rhône)



LYON

BOSC Frères

Imprimeurs-Éditeurs

42, quai Gailleton, 42

—
1953

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU CANCER GASTRIQUE
CHEZ LE SUJET AGE DE MOINS DE TRENTÉ ANS

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU CANCER GASTRIQUE
CHEZ LE SUJET
AGÉ DE MOINS DE TRENTE ANS**

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 1^{er} Juillet 1953

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean MONTAGNON

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Ancien Interne des Hôpitaux de Saint-Etienne

Né le 11 Janvier 1924, à LYON (Rhône)



LYON

BOSC Frères

Imprimeurs-Éditeurs

42, quai Gailleton, 42

—
1953

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire
Doyen.
Assesseur.

M. J. LEPINE.
M. HERMANN.
M. GATE.

PROFESSEURS HONORAIRES

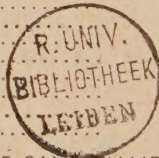
MM. NICOLAS, VILLARD, COLLET, CLUZET, BERARD, GUART,
PIERY, CADE, PATEL, FAVRE, LEPINE, SAVY, TRILLAT, LERICHE, MOURIQUAND

PROFESSEURS

Clinique médicale A
Clinique médicale B
Clinique chirurgicale A
Clinique chirurgicale B
Clinique médicale infantile et hygiène du 1^{er} âge
Clinique ophtalmologique
Clinique d'oto-rhino-laryngologie
Clinique urologique
Clinique et prophylaxie de la tuberculose
Clinique dermatologique et syphiligraphique
Clinique neuro-psychiatrique et Hygiène mentale
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique gynécologique
Clinique obstétricale
Clinique stomatologique
Histologie
Pharmacie et Pharmacologie
Botanique et Cryptogamie
Physiologie
Anatomie pathologique
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie

MM. FROMENT.
P. RAVAUULT
SANTY.
WERTHEIMER.
BERNHEIM.
BONNET.
REBATTU.
CIBERT.
DUFOURT.
GATE.
DECHAUME.
SEDALLIAN.
GUILLEMINET
POLLOSSON.
PIGEAUD.
DUCLOS.
NOEL
LEULIER.
NETIEN.
HERMANN.
MARTIN J.-F.
PONTHUS.
(détaché à Beyrouth
MAZEL.
GARIN.
ROCHET.
CHAMBON.
JOSSEBRAND
DELORE.
GABRIELLE.
CROIZAT.
ENSELME.
MALLET-GUY.
JOURDAN.
REVOL.
BOURRET.
LEVRAT.
CHIER.
BERTRAND
JOURDAN

Médecine du travail
Parasitologie et Pathologie exotique
Thérapeutique chirurgicale et Chirurgie opératoire
Chimie organique et Toxicologie
Pathologie générale et expérimentale
Hydrologie thérapeutique et Climatologie
Anatomie
Pathologie interne
Chimie biologique et médicale
Pathologie chirurgicale
Biologie médicale
Pharmacie galénique
Médecine légale et Déontologie
Thérapeutique
Hygiène
Propédeutique chirurgicale
Biologie médicale



PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique..... M. BANSSILLON.

Pharmacie et Pharmacolo-
gie

DREYON.

Chimie organique et Toxi-
cologie

BADINAND

MAITRES DE CONFERENCES — AGREGES

Physique biologique BERGER.
Parasitologie COUDERT.
Physiologie CHATONNET.
Physiologie CIER.

Parasitologie ROMAN.
Histologie TUSQUES
Chimie biologique R. CREYSSSEL
Bactériologie BERTOYE.

AGREGES EN EXERCICE

MM.
Pathologie médicale BRUN.
Pathologie médicale M. GIRARD.
Pathologie médicale P. GIRARD.
Pathologie médicale JEUNE.
Pathologie médicale VACHON.
Pathologie médicale GALLY.
Pathologie médicale GONIN.
Pathologie chirurgicale BERARD.
Pathologie chirurgicale DARGENT.
Pathologie chirurgicale DESJACQUES.
Pathologie chirurgicale LABRY.
Pathologie chirurgicale MANSUY.
Pathologie chirurgicale TRILLAT.
Pathologie chirurgicale GUILLET.
Obstétrique BROCHIER.

MM.
Obstétrique MAGNIN
Obstétrique MATHIEU.
Anatomie pathologique .. GUICHARD
Orthopédie MARION.
Anatomie LATARJET
Neuro-chirurgie LECUIRE
Oto-rhino-laryngologie ... MAYOUX.
Ophtalmologie PAUFIQUE
Urologie PERRIN.
Dermato-syphiligraphie .. THIERS.
Médecine légale et Méde-
cine du Travail ROCHE.

CHARGES DES FONCTIONS D'AGREGE
Hygiène BENAZET.

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président : M. LEVRAT ; Assesseurs : MM. LABRY,
VACHON et GONIN.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PERE

Sa droiture et son sens du devoir ont été pour moi un exemple quotidien. Il s'est imposé de lourds sacrifices pour assurer ma formation médicale. Qu'il trouve ici l'expression de ma reconnaissance et de mon affection profonde.

A MA MERE

En témoignage de ma tendresse filiale.

A MA FEMME

A MON FILS

A MES FRERE ET SŒURS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A TOUS MES CAMARADES DE L'INTERNAT DE SAINT-ETIENNE

A NOTRE PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEVRAT

*Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Lyon
Médecin des Hôpitaux*

Au cours d'un semestre d'externat passé dans son service, nous avons pu admirer l'étendue de ses connaissances, la rigueur de son examen clinique et sa profonde humanité Il nous a guidé de ses conseils lors du choix de notre orientation.

Nous le remercions d'avoir accepté la présidence de notre thèse et le prions de croire à notre profond respect.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Agrégé LABRY

Nous sommes heureux d'avoir été son élève et le remercions de la souriante bienveillance qu'il nous a toujours témoignée Il nous en donne une nouvelle preuve en acceptant d'être notre juge Qu'il nous permette de l'assurer de notre vive gratitude.

Monsieur le Professeur Agrégé VACHON

Nous n'avons pas eu l'occasion de travailler dans son service au cours de l'externat. Nous nous réjouissons de l'honneur qu'il nous fait en jugeant ce travail et le prions de trouver ici l'expression de nos sentiments reconnaissants.

Monsieur le Professeur Agrégé GONIN

Nous conservons un très agréable souvenir des mois passés à son contact et sommes heureux de le compter parmi les membres de notre jury.

Nous lui redisons aujourd'hui notre gratitude et le prions de croire à notre fidèle attachement.

A Monsieur le Docteur B. MULLER

Médecin des Hôpitaux de Saint-Etienne

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a guidé dans notre travail avec une grande amabilité. Nous avons bénéficié de ses conseils et de son savoir au cours d'un semestre d'Internat. Qu'il trouve dans ce travail l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE LYON

Externat provisoire

Monsieur le Professeur agrégé GONIN

Monsieur le Professeur agrégé Marcel BERARD

Externat

Monsieur le Professeur agrégé CLAVEL

Monsieur le Professeur BERTRAND

Monsieur le Professeur agrégé LABRY

Monsieur le Professeur BANSSILLON

Monsieur le Professeur PAUPERT-RAVAUT

Monsieur le Professeur LEVRAT

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE SAINT-ETIENNE

Monsieur le Docteur BOCCA

Monsieur le Docteur JOSSERAND

Monsieur le Docteur B. MULLER

Monsieur le Docteur DUVERNE

Monsieur le Docteur BOUQUIN

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CANCER GASTRIQUE CHEZ LE SUJET AGÉ DE MOINS DE TRENTE ANS

HISTORIQUE

C'est un Lyonnais : Marc MATHIEU qui, le premier, en 1884, abordait la question du cancer de l'estomac chez le jeune sujet. Sa thèse, inspirée par le Professeur BARD, embrassait 27 observations mondiales dont on peut dire qu'elles constituaient, à l'époque, l'ensemble des cas connus. Il apportait 2 observations lyonnaises du Pr BARD concernant des malades de 28 ans, mais il citait parmi ses autres références, des cas de cancer beaucoup plus précoces dont celui de CULLINGWORTH de Manchester, ayant trait à un cancer colloïde de l'estomac chez un enfant de 5 semaines.

A une époque où la radiologie était à naître, les conclusions de Marc MATHIEU font état d'un nombre considérable d'erreurs de diagnostic qui ne furent corrigées que par la vérification anatomique. Et l'on conçoit aisément ces erreurs lorsqu'on apprend qu'à cette époque le cancer de l'estomac du jeune est considéré comme rare, à marche rapide et à terminaison fréquemment brutale, mais surtout qu'il se traduit cliniquement par des phénomènes anormaux, à tel point qu'on peut considérer, en dehors des accidents digestifs, une catégorie importante d'observations où la symptomatologie évoque des affections totalement étrangères au tube digestif telles que pleurésie ou anévrysme.

Enfin, Marc MATHIEU insistait sur la pauvreté des signes généraux, en particulier, la cachexie qui apparaissait comme très tardive ou fort atténuée.

Ainsi, donc, en 1884, le cancer gastrique du jeune s'opposait à celui de l'adulte plus âgé tant par sa symptomatologie que par son évolution. Mais il était alors considéré comme une rareté bien que M. MATHIEU admette, qu'en bien des cas, l'absence d'autopsie systématique ou une erreur de diagnostic aient diminué sa fréquence apparente.

Quelques vingt ans plus tard, la question fut reprise par GÄNDER, de Berne, en 1904 et par ESSART, en 1907, à Lyon. L'opinion était alors absolument contraire. On apprenait qu'il n'y avait à peu près pas de différence entre le cancer du jeune et celui de l'adulte âgé. Et SAMSON, dans sa thèse, en 1913, confirmait cette idée en faisant cependant quelques restrictions sur la similitude des symptomatologies.

Puis, après un nouveau bond d'une vingtaine d'années, d'autres travaux apparaissent sur la question, bénéficiant de l'appoint sérieux de la radiologie. La fréquence du cancer paraît devenir, de ce fait, plus importante.

En 1932, MARINOFF donne une première étude radiologique, mais trouve, lui aussi, une similitude assez marquée avec l'adulte âgé. Il insiste cependant sur la fréquence des douleurs, des vomissements et des adénopathies avec généralisation néoplasique précoce et variée, tandis, qu'au contraire, les hématémèses lui apparaissent rares. SABATHIER, de Toulouse, en 1938, s'attache surtout à faire la différence entre ulcère et cancer. Pour lui, le néoplasme gastrique du jeune révèle quelques particularités qui résident surtout dans l'absence d'anorexie et d'hémorragies, la présence, parfois précoce, d'œdème et d'ascite et la rapidité d'évolution. Il insiste sur l'absence de périodicité dans les douleurs qui permet de le différencier de l'ulcère en association avec l'aspect radiologique. SABATHIER décrit celui-ci longuement, insistant sur la forme ulcéreuse avec niche en plateau triangulaire ou encastrée.

Un an plus tard PHILIPPE de Lyon apporte dans une thèse inspirée par le Pr LEVRAT vingt observations de cancer du jeune, mais il fixe sa limite à quarante ans et l'on ne trouve dans sa statistique que trois cas de moins de trente

ans. Cette thèse sert de pont entre les opinions contradictoires de M. MATHIEU et de ses successeurs. Il y est décrit à côté des formes classiques toutes pyloriques et des formes d'ulcéro-cancer, une série de formes anormales souvent masquées du point de vue symptomatologique et dont le diagnostic devient extrêmement difficile. La présence de formes fébriles, septicémiques, splénomégamiques et signalée.

Quant aux signes digestifs, il semble qu'il faille attacher une importance à la douleur et aux vomissements. Mais la radiologie a permis de faire le diagnostic dans les trois quarts des cas.

Nous reprenons cette question aujourd'hui en apportant neuf observations que nous avons rassemblées dans différents services hospitaliers de l'Hôpital Bellevue de Saint-Etienne. Elles ont trait à des lésions néoplasiques de l'estomac chez des sujets dont l'âge oscille entre 13 et 29 ans et s'échelonnent sur quatre à cinq ans pour huit d'entre elles.

Une première constatation nous paraît donc s'imposer, c'est la fréquence relative de l'affection puisqu'un centre hospitalier important mais à recrutement purement régional a pu réunir en un temps si court un nombre relativement important de cas.

La rareté des travaux dont les principaux sont lyonnais et leur discordance nous ont rendu attachante l'élaboration de ce travail qui n'a pas la prétention de vouloir fixer définitivement cette question, mais qui se propose d'apporter un certain nombre de données anatomiques et cliniques nouvelles et d'en tirer des enseignements pratiques.

Nous présenterons en premier lieu nos observations et nous en tirerons des déductions dans les pages suivantes.

Qu'il nous soit permis avant d'entrer dans le vif du sujet de remercier les chefs des services hospitaliers de l'Hôpital Bellevue qui nous ont ouvert largement les portes de leurs archives et en particulier MM. les Docteurs JOSSE-RAND, B. MULLER et F. GEREST, médecins et CORAJOD, chirurgien.

Nous remercions également le Docteur BOUTEILLE qui nous a prêté une observation personnelle.

Nous avons groupé nos malades en deux catégories :

Dans un premier groupe figurent les symptomatologies atypiques sans signe gastrique prédominant et dont l'évolution est particulièrement rapide.

Dans l'autre groupe se trouvent au contraire, les observations dont la symptomatologie gastrique est nette et l'évolution nettement plus lente.

LES OBSERVATIONS

A. — Premier groupe.

OBSERVATION I

F... 26 ans.

3-101-51 : Envoyée dans le service du Docteur MULLER, Hôpital Bellevue, pour ascite probablement tuberculeuse (Dr Dubost).

Antécédents. — Appendicectomie en 1947. Mariée. Un enfant de 2 ans en bonne santé. Réglée régulièrement. Pas d'antécédents digestifs. Digère bien, pas d'intolérance alimentaire. Constipation fréquente. Affection remontant à quinze jours environ. Asthénie et anorexie légère. Pas d'amaigrissement, pas de troubles du transit.

Au bout d'une semaine, augmentation progressive du volume de l'abdomen et en même temps un peu de diarrhée. Pas de douleurs abdominales. Légère dyspnée du fait de l'abondance de l'épanchement. Oligurie. Pas de température. Enfin amaigrissement, anorexie et asthénie.

Il y a trois jours, épisode étiqueté « crise de foie » sans douleurs abdominales, mais avec vomissements bilieux abondants. Pas d'élévation thermique, pas de frissons. Des radiographies vésiculaires pratiquées ont montré une vésicule normale. Pas d'albuminurie.

Examen. — Etat général bon, apyrexie, pas de douleurs. Légère dyspnée d'effort. Ascite d'abondance moyenne avec matité sus-pubienne. Gros foie dur, lisse et douloureux, pas de signe du glaçon. Point de Murphy très net. Rate non perçue. Œdème léger de la paroi abdominale et des M.I. Reste de l'examen entièrement négatif, T.A. 14/8. Pas d'adénopathies. V.S. = 15 %.

Ponction exploratrice ; liquide séro-fibrineux :

- 1/4 de lymphocytes,
- 1/4 de polynucléaires,
- 1/2 de cellules endothéliales,

Hanger, Mac Lagan et Takata négatifs. Cuti-réaction négative, faisant éliminer le diagnostic de péritonite bacillaire qui paraissait s'imposer à l'entrée.

— Des douleurs abdominales apparaissent le 10-10, après la ponction, l'ascite s'accroît avec rapidité. On s'oriente alors vers une polymitose ovarienne.

Le 14-10. Ponction évacuatrice de 8 litres 200 de liquide jaune citrin séro-fibrineux.

— L'examen gynécologique pratiqué par le docteur Meley est négatif.

La numération est normale à 4.300.000.

Formule : leucocytose à 16.300 avec 88 % de polynucléaires.

Les radiographies digestives pratiquées montrent :

1° Pas de lésion notable au niveau du gros intestin. Sigmoïde petit, angle gauche un peu abaissé. Reflux dans le grêle qui paraît normal à sa partie basse.

2° Au niveau de l'estomac, grosse tubérosité très suspecte avec aspect ratatiné, irrégularité constamment retrouvée à la partie haute de la P.C. avec aspect lacunaire sur plusieurs clichés.

Réaction de Weber positive.

Le 3-11-51. Intervention, docteur MELEY.

A. G. Médiane à cheval sur l'ombilic. Evacuation de 5 litres d'ascite. On tombe sur un large plateau épiploïque d'aspect œdémateux et inflammatoire.

Il existe dans le pelvis une tumeur de l'ovaire gauche du volume d'un poing.

La main, infiltrée vers le haut, permet de palper une tumeur largement infiltrante de la grosse tubérosité et de la partie supérieure du corps de l'estomac. Fermeture.

Examen du liquide d'ascite : globules rouges en quantités moyennes. Les cellules sont d'aspect varié, polynucléaires, lymphocytes, cellules endothéliales. Il n'y a pas d'éléments binuclés et vacuolaires dont l'aspect pourrait être celui de cellules néoplasiques.

Décès.

OBSERVATION II

H..., 29 ans. Entre le 20-11-50 dans le service du Docteur Muller, envoyé par le Docteur BAYON.

Antécédents. — Bronchites hivernales jusqu'à l'âge de 10 ans. Il y a 5 ans, apparition d'un ictère cutanéomuqueux avec anorexie, température et douleurs dans l'hypochondre droit. Guérison en 21 jours sans sequelles.

Au début de l'année, douleurs rhumatismales de l'épaule gauche, traitée à l'optalidon.

L'affection actuelle : semble débiter il y a quinze jours. Après deux à trois jours de prodromes : malaise général et surtout anorexie totale, apparition brutale un soir à 18 heures, de douleurs épigastriques à type de crampes extrêmement vives, cassant le malade en deux, ayant duré deux heures sans vomissement ni hématemèse. Pas d'état syncopal concomitant. La température n'a pas été prise, mais il n'y a eu ni frisson, ni sueurs.

Les douleurs étaient localisées sans irradiation droite, ni lombaire, mais diffusant légèrement dans l'hypochondre gauche. Pas de troubles urinaires.

Les deux jours suivants persistance d'un endolorissement épigastrique avec piquées précordiales. Anorexie persistante sans vomissement mais avec des éructations fréquentes. Pas d'ictère. Le troisième jour, après la crise : diarrhée, trois selles dans la journée de matières noires avec coliques abdominales. En outre, urines acajou foncé, sans trouble, ni sang. Ce jour-là température à 39°.

Depuis, état local stationnaire, cependant les deux derniers jours, disparition de la douleur. Selles normales, apyrexie, mais faiblesse générale. Amaigrissement d'un kilo aux dires du malade, mais reprise de l'appétit.

A l'examen. — Bon aspect général. Pas d'anorexie. Température 37°8.

Dans l'hypochondre gauche, région para-médiane, sensation d'une résistance avec masse évaluée approximativement à un poing. Le reste de l'abdomen est souple, ni foie, ni rate perceptible. Tout le reste de l'examen est entièrement négatif. T.A. 13/8. Pas d'adénopathie. Numération et formule normales. Hanger et Mac Lagan négatifs. Urée : 0 gr. 40. Réaction de Weber : négative.

Les radiographies gastriques montrent un grand estomac avec empreinte colique sur la G.C.

Les clichés du 20-11-50 ne sont pas démonstratifs, mais de nouveaux clichés pratiqués le 23-11-50 mettent en évidence une énorme lésion de la partie haute de l'estomac. La G.C. n'est jamais visible et on a l'impression d'une tumeur ayant pénétré à l'intérieur de l'estomac. L'angle gauche est refoulé par la tumeur dont on voit l'ombre se projeter à côté de l'estomac. L'état général est excellent.

28-11-50 : La radioscopie gastrique montre un petit arrêt peu important de la baryte au niveau du cardia. Celle-ci descend au niveau d'un défilé irrégulier et mal dessiné tout le long de la P.C. Il ne passe absolument pas de baryte dans la

grosse tubérosité, ni sur la grande courbure. La perte de poids en huit jours et l'augmentation de volume de la tuméfaction confirment nettement le diagnostic de néoplasme de la grosse tubérosité.

Intervention à la Clinique Mutualiste (Docteur Heitz). Lésion inenlevable, adhérent au centre phrénique. Histologie (ganglion) : Epithélioma.

OBSERVATION III

H..., 17 ans. Envoyé par les Docteurs F. EYRAUD et COURTADON, le 19 février 1948, pour hématomé, température irrégulière et splénomégalie. Le seul antécédent notable est une crise de R.A.A. ayant duré quinze jours, il y a trois ans, soignée au salicylate de soude et n'ayant pas donné alors, semble-t-il, de lésions valvulaires.

Le jeune malade ne présente aucun passé digestif, est cultivateur, et exerce son métier sans peine.

L'affection actuelle a débuté autour du 1^{er} février, par un épisode pseudo-grippal avec température à 38°5. Au cours de cet épisode infectieux (au huitième jour environ), apparaissent des douleurs de l'hypochondre gauche gênant la respiration. Le malade est mis à la pénicilline qui amène, avec une sédation des douleurs, une ébauche de chute thermique. Dès cette époque, une masse de l'hypochondre G. est notée. Deux jours plus tard, apparition d'une hématomé de sang rouge de la valeur d'un verre environ, sans aucun prodrome et sans phénomènes douloureux.

Le Docteur EYRAUD, de Feurs, voit alors le malade et l'adresse dans le service du Docteur MULLER, à l'Hôpital Bellevue.

A l'entrée. — Jeune malade, d'une pâleur cireuse, avec décoloration des lèvres et des extrémités, ayant une température à 39°.

A l'examen. — On trouve dans l'hypochondre gauche une importante tuméfaction douloureuse, dure, ayant la forme de la rate, dépassant de deux à trois travers de doigt le rebord costal. Pas de gros foie, pas d'ascite. Il n'y a pas de ganglion notable, ni de phénomènes extra-articulaires ou hémorragipares cutanés. Au cœur, existe un petit souffle systolique de la base, sans propagation nette. Pas de signes nets de R.M. Tension artérielle à 12/6. Ni sucre, ni albumine dans les urines, la cytologie est normale, et le sera à six reprises. Le reste de l'examen est négatif.

En présence de ce tableau clinique, une septicémie avec ou sans E.I. ou une leucémie aiguë pouvaient être suspectées.

La numération et la formule du 19 février 1949 montrent une anémie à 2.950.000 globules rouges, une leucocytose à 12.000 globules blancs, dont 77 % de poly-neutro. Pas de leucoblastes. Vitesse de sédimentation à 70 %. Séro-diagnostic T.A.B. et mélitensis négatifs. Une hémoculture en aérobiose et anaérobiose est négative. Un myélogramme est sensiblement normal.

Devant ces résultats, on pratique une transfusion de 500 cc. de sang conservé et on commence un traitement pénicilliné (1.600.000 unités par jour) associé à de l'Hépagyl, du Vita-scorbol et du K. Trombyl.

Dès le 24 février, la fièvre est tombée autour de 37°. Le 26 février 1949, la numération montre 3.636.000 globules rouges et 5.400 globules blancs, dont 72 % de poly-neutro.

Légère amélioration de l'état général. La « rate » diminue de volume, mais reste nette. Rien de nouveau à l'examen cardiaque. On ne peut affirmer une lésion valvulaire.

Brusquement, le 2 mars, le malade fait un clocher à 39°5 qui va durer trois jours.

Le 5 mars 1949, on trouve 3.060.000 globules rouges et 10.900 globules blancs, dont 67 % de poly-neutro. Deux examens ultérieurs se maintiennent à des chiffres voisins.

Le 8 mars 1949 : état stationnaire avec une vitesse de sédimentation à 65 %. Légère reprise du poids, mais persistance d'une légère fièvre ondulante.

Réapparition à partir du 11 des douleurs de l'hypocondre gauche peu intenses.

Le 13 mars 1949, le cœur est rapide à 130, avec petit souffle systolique, sans propagation. Etat général sans grand changement.

Durant la deuxième moitié de mars, on pratique divers examens radiologiques :

a) le lavement baryté et l'insufflation colique montrent un abaissement de l'angle gauche ;

b) le cliché pulmonaire révèle une surélévation de l'hémi-diaphragme gauche ;

c) des clichés gastriques montrent de très grosses anomalies de la partie haute de la portion verticale et de la grosse tubérosité avec importantes images lacunaires, injection barytée très irrégulière et aspect général rappelant celui décrit par M. GURMANN sous le nom d'aspect en montagnes lunaires.

Le néoplasme gastrique semble certain, quelques réserves étant faites du fait de l'âge.

Durant toute cette période, on continue la pénicilline à raison de 1.600.000 unités *pro die*, puis de 4.000.000 *pro die* à partir du 16 mars. La température reste oscillante, mais au-dessous de 38° et au voisinage de la normale.

Le 29 mars, le malade présente un épisode lipothymique avec bourdonnements d'oreilles, mouches devant les yeux, soif et sueurs. Le tout fait penser à une nouvelle hémorragie qui ne s'extériorise d'abord pas, en dehors d'un Weber positif dans les selles et d'une chute globulaire à 1.908.000 globules rouges.

L'auscultation cardiaque montre toujours le souffle systolique que l'on interprète alors comme un souffle anémique. La tuméfaction de l'hypocondre gauche est sans changement.

On donne au malade de la Foldine et l'on pratique trois jours de suite des transfusions de 500 cc. de sang conservé, bien supportées. On décide enfin une laparatomie exploratrice, pratiquée le 7 avril 1949 : « Il s'agit d'un volumineux néoplasme gastrique (Docteur Gignoux) de la face postérieure et de la grande courbure adhérent en arrière au pancréas et au mésocôlon. »

A gauche, il adhère à la paroi, masque la rate, formant la tuméfaction perçue cliniquement.

Plus haut, il adhère au lobe gauche du foie.

Il n'existe pas de ganglions de la chaîne gastro-épiploïque, pas de ganglions de la petite courbure, pas de métastase hépatique.

Après exploration de l'arrière cavité des épiploons, on constate l'adhérence au corps du pancréas et au plan vertébral. Il n'est pas possible de pratiquer une biopsie. Fermeture pure et simple en trois plans.

Les suites opératoires sont simples, mais l'état général décline, et le malade quitte l'hôpital le 22 avril 1949 dans un état des plus précaires.

OBSERVATION IV

F..., 27 ans. — Entre dans le service de neurologie du Docteur GEREST, à l'Hôpital de Bellevue, le 30-8-52.

Vient du pavillon obstétrical, où elle a accouché le 15-8-52.

Un enfant vivant.

Antécédents familiaux. — R.A.S., mari en B.S.

Antécédents personnels. — Rhumatisme articulaire à 15 ans. A toujours été nerveuse. Depuis le début de la grossesse : vomissements, vertiges, anorexie, amaigrissement. Les vomissements, qui étaient devenus moins fréquents dans la deuxième partie de la grossesse, ont repris dès l'accouchement pour acquérir un caractère incoercible.

Elle a alors subi le traitement classique : isolement, sérum sous-cutané, interdiction des visites, soupes épaisses ; les vomissements disparaissent assez vite, mais il se manifeste alors un état de torpeur et d'indifférence. La malade ne demande pas de nouvelles de son enfant qu'elle semble ignorer.

Interrogatoire difficile. On a peine à la faire parler et à l'intéresser à quelque chose. Dans la journée, elle reste dans un demi-sommeil, accusant des céphalées tenaces. La langue est sèche. V.S. : 65 %. Urée : 0 gr. 55 ; B.W. : négatif.

Au point de vue neurologique : importante diminution des réflexes tendineux des membres inférieurs. Abolition des achilléens et des cutanés abdominaux. Pas de Babinski. Léger nystagmus horizontal et vertical, mais la malade signale que son œil aurait été traité autrefois.

Un peu de dysmétrie dans l'épreuve du talon sur le genou. Il n'est pas possible de faire marcher la malade qui présente des vertiges dès qu'elle pose le pied à terre et même dans la position assise.

P. L. : 1,6 leucocyte,
0,40 albumine,
sucre normal.

Liquide limpide et incolore s'écoulant sous faible pression (+5).

Queeckenstedt libre.

Le 2-9-52, le Docteur GEREST constate :

1° Au point de vue psychique, un état de prostration, d'obnubilation sans confusion, avec désorientation dans le temps et dans l'espace.

2° Au point de vue général, un état subcachectique avec tachycardie, hypotension à 9/5.

Elle n'accuse pas de céphalées et la veille au soir a vomi son potage.

3° Au point de vue neurologique. Parésie des M.I. avec abolition des rotuliens et des achilléens. Cutanéoplantaires en flexion ; cutanés abdominaux absents ; tricipito et stylo-radiaux normaux.

4° Au point de vue oculaire, les secousses observées dépendent peut-être d'une parésie du VI droit. Réflexes photomoteurs normaux.

5° Pas de signes méningés nets. L'état psychique de la malade empêche d'explorer la sensibilité et la séméiologie cérébelleuse.

6° Fond d'œil (Docteur TOGNET). Pas d'œdème, ni de signe de choroïdite tuberculeuse. Il semble y avoir une paralysie de fonction non seulement pour les mouvements de latéralité des yeux, mais encore pour les mouvements de verticalité. La malade ne peut absolument pas regarder en bas. Troubles de la convergence, pas de nystagmus véritable, ni de parésie du VI droit.

Le 4-9-52 ; numération 4.500.000 G.R. ; 23.600 G.D., dont 74 % de polynucléaires.

Le 11-9-52 : l'état de la malade est stationnaire, l'alimentation est possible, pas de vomissements, pas de rétention d'urine. L'aréflexie persiste. S'étant orienté vers une histoire endocrinienne, on demande un dosage des dix-sept céstostéroïdes : 18 mmgr. en 24 heures. Allant de pair avec l'augmentation de ce taux, on note ce matin une T.A. 16/9. Cependant il faut tenir compte de la thérapeutique administrée les jours précédents (Percortène, Vitamine C, Camphre). L'analyse des urines traduit une inflammation de l'arbre urinaire : pas de sang, pas de cylindres. Urates de calcium en oursins. Très nombreux bacilles Gram — type fécalis. Urée : 0 gr. 50. Glycémie : 1 gr. 20.

Le 17-9-52 : la cheffaine remarque la veille au soir des secousses rythmiques des membres, de type myoclonique.

Le 23-9-52 : le Docteur GEREST note :

1° Un état psychique inchangé ;

2° un état général meilleur, apyrexie, pas de vomissements. La malade s'alimente d'ailleurs de mieux en mieux ; elle accuse de vagues douleurs occipitales et se dit gênée pour avaler. L'examen de la gorge est négatif. L'examen viscéral reste négatif ; sous l'influence du traitement, la cystite tend à disparaître.

3° Paraplégie flasque avec abolition des rotuliens et des achilléens. Pas de cutanés plantaires. Pas de paralysie des membres supérieurs, où l'absence de réflexes tend à s'expliquer par un relâchement musculaire incomplet. Un examen neurologique plus poussé est impossible en raison du psychisme.

4° Pas d'œdème papillaire, persistance de la parésie de la convergence ; les autres paralysies de fonction, latéralité et verticalité, ont partiellement régressé.

On élimine :

Un syndrome de Sheean en raison de l'accouchement normal sans hémorragie importante,
de l'intervalle libre extrêmement réduit,
de l'absence d'atrophie cutanée caractéristique de l'insuffisance hypophysaire,
de l'augmentation des dix-sept céstostéroïdes.

On pense à une encéphalite sans pouvoir éliminer une néoformation. Il serait plus juste de dire encéphalo-myéélite avec, d'une part, paraplégie, d'autre part, atteinte de la bandelette longitudinale postérieure et troubles psychiques.

Le 24-9-52 : Nouvelle P.L. Liquide limpide et incolore.

Pression + 4. Queeckenstedt libre, montant à 13 et redescendant lentement.

Un leucocyte.

Albumine : 0 gr. 20.

Glucose : 0 gr. 55.

Chlorures : 7 gr. 05.

Le 30-9-52 : dans les urines, albumine 1 gr. 75, avec de rares leucocytes.

Le 2-10-52 : l'examen ophtalmologique montre :

1° Un gros trouble des mouvements associés de verticalité prédominant sur le regard en bas. Pas de paralysie du regard latéral.

Une rétraction des paupières supérieures avec asynergie oculo-palpébrale dans le regard vers le bas (valeur localisatrice d'autant plus qu'il existe une mydriase).

Les mouvements de convergence sont conservés.

Réflexes pupillaires normaux un peu lents. On peut affirmer la localisation des lésions à la région mésencéphalique supérieure : commissure blanche postérieure ou en avant de la commissure.

2° Myopie dégénérative unilatérale droite avec chorioretinite.

A gauche, FO normal, papille nette non atrophique. T.A.C.R. très élevée à 100-110, qui peut-être en faveur de la tumeur. Mais dans ce cas l'absence d'œdème est pourtant troublante à une période aussi avancée.

Le 21-10-52 : apparition depuis trois jours d'un méléona d'importance modérée. Escharre fessière en voie d'agrandissement, persistance de l'incontinence d'urines et de matières.

Dans l'ensemble, amélioration de l'état psychique, encore qu'il existe ce matin une désorientation dans le temps et l'espace, mais sans confusion.

Etat inchangé aux membres inférieurs.

Aux membres supérieures constatation, ce matin, de troubles importants, à prédominance distale : atrophie globale des mains avec rétraction des doigts plus importante à droite, à gauche, rétraction en flexion par prédominance de la paralysie sur les extenseurs.

L'aspect d'ensemble évoque davantage la polynévrite qu'une atteinte médullaire (corne antérieure) d'autant plus que la racine des membres supérieurs semble indemne, les bras étant levés franchement à la verticale, de même que les mouvements de flexion, extension de l'avant-bras.

Réflexes stylo-radiaux et tricipitaux abolis.

L'examen viscéral est inchangé, c'est-à-dire négatif. Le méloéna dépend-il d'une cause locale, ou est-il d'origine centrale ?

La tachycardie à 110, alors que la température est sub-fébrile, ne cadre pas avec l'hypothèse d'un néo.

En somme, le diagnostic est celui d'une encéphalite avec association de lésions polynévritiques et peut-être des lésions médullaires. Il s'agit d'une nevraxite.

Le 7-11 : persistance d'un méloéna à rattacher à la constitution d'une tumeur épigastrique (néo digestif ?).

Des films gastriques montrent l'existence d'un néoplasme pylorique.

Dans ces conditions, la séméiologie neurologique doit être rattachée à des métastases multiples :

cérébrales,

radiculaires de type polyradiculite néoplasique,

La malade décède le 7-1-53.

Autopsie :

Après éviscération totale, on constate la présence d'un liquide grisâtre et purulent dans la cavité péritonéale et particulièrement dans l'arrière cavité des épiploons.

On découvre alors une tumeur infiltrée de l'antra pylorique et sur la face postérieure de la région antrale une perforation circulaire à l'emporte-pièce de la taille d'une pièce de 2 francs, par laquelle s'écoule le liquide précédemment signalé.

Pas d'adénopathie macroscopique.

A l'ouverture de l'estomac, on constate que le calibre antro-

pylorique est très diminué, la tumeur est bien limitée, occupant la surface d'une main étalée.

Le calibre interne de la perforation est plus étendu, comparable à celui d'une pièce de 5 francs.

A quelques centimètres se préparait une autre ulcération analogue.

A la coupe, le tissu tumoral est blanc hyalin, d'aspect lardacé. Le reste de l'estomac est indemne, ainsi que le duodénum, mais la muqueuse de la grande courbure est le siège d'un piqueté hémorragique.

Pas de métastases hépatiques ou intestinales.

Aux poumons : on trouve une assez grande quantité de pus s'échappant de la trachée lors de la section et, à la coupe du parenchyme, on voit sourdre des bronches des gouttelettes de pus. Pas de métastase.

Au point de vue S.N. A l'ouverture de la dure-mère cérébrale, on note une calcification sur la convexité. Il n'y a pas de métastases évidentes sur l'organe non coupé.

La moelle épinière est, macroscopiquement, extérieurement saine.

Les coupes du cerveau n'ont pas montré de lésions macroscopiques.

L'examen anatomo-pathologique microscopique de racines médullaires est négatif.

B. — Deuxième groupe.

OBSERVATION V

F..., 30 ans.

Antécédents. — R.A.S. Pas le moindre antécédent gastro-hépatique.

Mari et fils en bonne santé.

L'affection a débuté à l'automne 1950.

Sensations de crampes épigastriques se répétant avec des hauts et des bas, de façon irrégulière, sans horaire précis, mais calmées par l'ingestion alimentaire.

En avril 1951 : accentuation des crampes devenant plus fréquentes et plus intenses. Appétit normal.

Mais, depuis janvier 1951, asthénie et amaigrissement.

En avril 1951 : les clichés gastriques montrent un aspect

lacunaire de la grande courbure prépylorique peu profond mais très étendu.

A cette date, une tuméfaction épigastrique aurait été perçue cliniquement.

Intervention le 30-4-51 (Docteur MAUREL).

Tumeur de la portion horizontale de la grande courbure gastrique. Gastrectomie partielle.

Il n'y a pas eu d'examen anatomo-pathologique.

A la suite de l'intervention : piqures d'oxyferriscorbone. La malade va bien de mai à juillet 1951.

Au début d'août 1951, apparition de douleurs abdominales et lombaires.

En septembre 1951, apparition de vomissements.

La malade est vue par le Docteur MULLER le 17 octobre 1951 pour la première fois. Très mauvais état général, cachexie.

Gros foie typiquement néoplasique avec multiples noyaux intra-péritonéaux.

Thérapeutique : oxyferriscorbone opiacés.

Décès rapide.

OBSERVATION VI

H..., 30 ans. Instituteur.

Vu en consultation par le Docteur BOUTEILLE, le 11-10-51.

Aucun antécédent digestif, ni hépatisme, ni ictère, ni intolérance. Aucun syndrome gastrique.

L'affection actuelle débute il y a six mois et surtout quatre mois, sans prodromes. Apparition d'un syndrome douloureux épigastrique tardif (10 h., 18 h., 1 h. du matin) à type de crampes, calmées par l'alimentation, ou faim douloureuse.

Ni diarrhée, ni constipation, ni migraines, jamais de vomissement. Ni hématémèse, ni méléoma.

Excellent appétit. Amaigrissement de 3 kilos.

Depuis quatre mois, a souffert tous les jours.

Examen entièrement négatif, tant au point de vue hépatique qu'abdominal ou ganglionnaire.

On pose le diagnostic d'ulcère duodénal évoluant d'une seule traite.

Radiographies gastriques. Région antro-pylorique au niveau de la P.C. fixe, rigide, indilatable, sans ondes péristaltiques, détails superposables sur tous les clichés.

La compression fait apparaître une grosse niche plate à ménisque de la P.C. orientant vers le néoplasme gastrique.

Cependant le bulbe de grande taille peut avoir une niche

à sa pointe et alors qu'on était sûr du néoplasme, on se demande s'il ne s'agit pas d'une grosse atrésie fibro-inflammatoire de l'antrum associé à un ulcus de la pointe du bulbe.

Traitement d'épreuve trois semaines. Bismuth. Oxyferro-scorbone.

Revu le 30-10-51. La douleur a disparu après trois jours de traitement, puis a repris au bout de quinze jours, mais moins violente et n'apparaissant plus la nuit.

Excellent appétit et bon état général.

Reprise de poids de 3 kilos.

Nouveaux clichés : aucun changement.

On pose alors le diagnostic formel de néoplasme gastrique et on propose l'intervention au malade.

Celui-ci, retournant à Paris, est vu par les Docteurs GUTMANN et Guy ALBOT. Un nouveau traitement d'épreuve est pratiqué avec staprolysate et hyposulfite. Le diagnostic est identique.

Intervention le 19-1-52, Docteur MORISSEAU.

Volumineux cancer de la P.C. Gastrectomie Polya.

Anatomie pathologique. Epithélioma avec envahissement ganglionnaire. Le malade donnait d'excellentes nouvelles le 12 avril 1952, puis le 26 mai 1953. Avait grossi de 14 kilos depuis l'intervention. Excellent appétit. Pas de troubles du transit.

OBSERVATION VII

M... L..., 26 ans. Algérien. Mineur.

Entre le 19-5-52 dans le service du Docteur CORAJOD pour troubles digestifs, méloena et image radiologique suspecte.

En France depuis 1947. Pas d'antécédents notables.

Souffre depuis quatre mois de brûlures à horaire rythmé par les repas, de siège épigastrique, avec irradiations lombaires continues, sans périodicité, avec des vomissements calmant les douleurs et survenant lors d'une ingestion alimentaire normale. Il ne digère depuis deux mois que des aliments pris en quantités très fractionnées. Jamais d'hématémèse. Amaigrissement de 7 kilos en trois mois.

Le 21-3-52 : un Weber est positif (+++).

Le 22-5-52 : fait un méloena de sang rouge. L'examen montre un point douloureux épigastrique à la pression et un certain degré d'amaigrissement. Pas d'anémie.

Le 24-5-52 : G.R. 5.200.000 ; G.B. 9.800, dont 78 % de neutros et 98 % d'hémoglobine.

Radiographies : sténose médiogastrique avec niche irrégulière de la grande courbure, évoquant le néoplasme.

Le 28-5-52 : intervention, Docteurs CORAJOD, FOURNEL, ALAMARTINE.

A.G. LM. SO.

Il s'agit d'un volumineux cancer infiltrant, s'étendant à la partie moyenne de l'estomac, sur une hauteur de 7 cms, avec sténose gastrique envahissant la partie supérieure de l'estomac dans sa presque totalité.

Envahissement des ligaments gastro-splénique, gastro-colique et du mésocôlon transverse et sur la gauche de la paroi colique.

Volumineux ganglions envahis au niveau de toutes les courbures atteintes des ganglions pancréatiques et rétro-pancréatiques.

Légère ascite. Prélèvement d'un ganglion. Fermeture.

Suites simples. Examen histologique du ganglion. Large envahissement du ganglion par des éléments épithéliomateux. L'aspect histologique permet d'affirmer l'épithélioma muqueux de l'estomac.

Le 14-6-52, le malade part en convalescence.

N'a pas donné depuis de ses nouvelles.

OBSERVATION VIII

M. S... A..., 30 ans. Mineur.

20-6-49 : envoyé dans le service du Docteur CORAJOD pour ulcus gastrique, par le Docteur ARSAC, du Chambon-Feurolles.

R.A.S. au point de vue antécédents héréditaires ou collatéraux.

Personnellement en bonne santé jusqu'en 1943.

Depuis cette époque, se plaint de renvois acides avec brûlures d'estomac survenant environ 2 heures après les repas, durant jusqu'au repas suivant, calmés par les alcalins et l'ingestion alimentaire. A cette époque, une série de clichés gastriques est négative. Il existait une périodicité nette, quatre à cinq crises de quinze jours chacune par an.

En 1948, les douleurs se modifient, deviennent plus intenses, à type de crampes très pénibles, survenant toujours 2 heures après les repas, mais la périodicité est perdue. Le malade souffre tous les jours. Au bout de quelques mois, les alcalins ne calment plus les douleurs qui deviennent de

plus en plus vives. Enfin, depuis un mois ont apparu des vomissements alimentaires quotidiens et se répétant plusieurs fois dans la journée.

Le malade n'a pas eu d'hématémèse ou de méloena. Il a maigri de 7 kilos en un mois.

A l'examen :

Douleur nette au creux épigastrique à la pression.

Examen somatique : négatif. T.A. 13/7,5.

Radiographies gastriques montrant la présence d'une grosse niche de l'angulus.

Il semble s'agir d'un ulcère calleux.

Le 25-6-49 : intervention des Docteurs CORAJOD, IMBERT, de FRÉMINVILLE. Anesthésie générale : éther.

Il s'agit d'un très volumineux ulcère de l'angulus avec adhérences lâches avec le pancréas.

Gastrectomie des deux tiers. Fermeture du moignon duodénal. Polya en trois plans. Pièce : volumineux ulcère calleux de l'angulus admettant largement la pointe de l'index, d'une profondeur d'au moins 3 cms, à tel point qu'on se demande s'il ne subit pas un début de dégénérescence. Il n'y a pas de ganglions. Le reste de la paroi gastrique est souple.

Examen histologique : les fragments examinés montrent l'absence de la muqueuse sur une assez grande surface. Là où elle subsiste, elle présente indéniablement des signes d'hyperplasie maligne qui permettent d'affirmer que cet ulcère a subi une transformation épithéliomateuse.

Les suites sont un peu troubles. Le malade fait, au onzième jour, un infarctus pulmonaire droit qui se résout rapidement.

Le malade quitte le service le 23-7-49 en bon état, sa bouche de gastro fonctionne bien.

Il est revu le 10-1-50. Les résultats se maintiennent satisfaisants. Le malade a pris 5 kilos depuis l'intervention et digère assez normalement.

De nouvelles radiographies montrent un aspect un peu irrégulier de la bouche de gastro.

Pas de signes de dégénérescence. Les numérations montrent un taux d'hémoglobine à 100 % le 2 janvier avec : 4.662.000 G.R., 9.800 G.B. dont 53 % de neutro.

Le 9 mai 1950 : 4.900.000 G.R., 6.900 G.B. dont 72 % de neutro et 80 % d'hémoglobine.

Le malade est revu en mai 1950, en avril 1951, allant bien, à part un syndrome du petit estomac. Il reprend un travail léger.

Le 16-6-51 : il est revu se plaignant d'avoir, de temps à autre, de petites crises douloureuses durant deux ou trois jours, avec vomissements aqueux.

Les radiographies sont négatives.

Le 29-2-52 : revu parce qu'il souffre du creux épigastrique depuis quinze jours avec, à l'examen, une tumeur épigastrique interprétée comme une métastase hépatique.

Les radiographies montrent d'importantes lésions néoplasiques.

Le malade est mis à un traitement désinfiltrant à l'oxyferriscorbone, à la thérapie sur la voussure sus-hépatique.

Il est suivi jusqu'au 13-6-52, date à laquelle, cachectique et subictérique, il souffre de douleurs épigastriques, a des vomissements bilieux.

La masse hépatique s'est encore accrue.

Le malade est sous l'action des opiacées.

OBSERVATION IX

M... Liliane, 13 ans.

Est envoyée le 11 janvier 1940, dans le service de pédiatrie, par le Docteur DEUMIÉ, pour « anémie », phosphaturie abondante et vomissements après les repas.

Antécédents héréditaires et collatéraux : rien à signaler, sauf peut-être un ulcère gastrique chez la mère.

Antécédents personnels : allaitement artificiel, rougeole, coqueluche, vaccination variolique et diphtérique.

L'interrogatoire apprend que depuis août 1939, l'enfant présente des vomissements quotidiens avec douleurs épigastriques. Ces douleurs surviennent en général 3 à 4 heures après les repas et sont calmées par les vomissements ; parfois elles se manifestent avant les repas et sont calmées par une ingestion alimentaire. On ne peut pas mettre en évidence d'alternatives d'accalmies et de crises. L'appétit est conservé. Les vomissements n'ont pas un caractère de stase.

A l'examen :

Etat général médiocre avec pâleur, maigreur. On ne constate pas d'ondes péristaltiques, mais une tension intermittente de l'épigastre. La palpation abdominale, non douloureuse d'ailleurs, décèle une contracture sus-ombilicale.

Dans la suite, pendant le séjour hospitalier, on assiste à une période de rémission, peut-être due au traitement par bismuth, belladone, Laristine. Puis survient une nouvelle

période douloureuse avec un rythme duodénal : douleurs, sédation au cours d'un repas, douleurs tardives, sédation par vomissements ou par nouveau repas, etc...

L'examen radiologique montrait la présence de liquide résiduel à jeun, une anomalie de la petite courbure interprétée d'abord comme une encoche, mais que les radiographies ne vinrent pas confirmer, enfin un retard de l'évacuation gastrique.

L'estomac ne paraît pas fixé par des adhérences. La palpation décèle un point douloureux au niveau de l'anomalie de la petite courbure.

Les examens chimiques montraient dans le liquide résiduel prélevé à jeun (30 à 75 cc.).

Le 13 janvier 1940 : H.C.L. libre par litre : 1 gr. 28 ; acidité totale : 1 gr. 87.

Le 2 mars 1940 : H.C.L. libre par litre : 0 gr. 90 ; acidité totale : 1 gr. 69.

Du 13 janvier 1940 au 27 avril 1940, la réaction de Weber est pratiquée onze fois dans les selles et est trouvée sept fois positive.

Le Docteur BOCCA, gastro-entérologue des Hôpitaux, en présence de ce tableau, confirme le diagnostic d'ulcère prépylorique et conseille un traitement médical.

Ce traitement est appliqué, l'amélioration est évidente. L'enfant mange, ne souffre plus, ne vomit pas. Le poids a passé de 28 kgs 200 (16 janvier 1940) à 35 kgs 500 (30 avril 1940), soit 7 kgs en trois mois.

Signalons enfin que l'enfant, porteur d'une cuti positive, avait une radioscopie thoracique normale et un B.W. négatif.

Le 2 mai 1940 : sortie.

Deuxième séjour : le 21 janvier 1941.

Entre de nouveau, envoyé par le Docteur DEUMÉ pour amaigrissement considérable. L'amélioration avait persisté de mai à octobre 1940, puis douleurs tardives, vomissements (deux à trois par semaine), constipation, sont survenus. Les douleurs ont conservé leurs caractères de l'année précédente, leur rythme duodénal, leur sédation par les repas ou les vomissements. Mais, fait nouveau : dans les régurgitations qui surviennent parfois le matin à jeun, l'enfant remarque des aliments de la veille.

A l'examen, très mauvais état général. Le poids (27.200) est inférieur de 8 kgs à celui de mai 1940.

La palpation décèle une douleur très précise au creux épigastrique, avec contracture limitée de la paroi.

Des ondes péristaltiques paraissent s'amorcer.
Les radiographies ne permettent aucune conclusion.

Le chimisme donne (22 janvier 1941) :

H.C.L. libre par litre : 1 gr. 40.

Acidité totale : 2 gr. 10.

Acide lactique : 0.

Weber positif dans les selles.

On conclut alors à une rechute grave de l'ulcère avec probablement stase par sténose et on conseille d'intervenir.

L'enfant passe dans le Service chirurgical du Docteur ARNAUD qui ne partage pas ce point de vue et pense plutôt à une cholécystite.

Il communique les renseignements suivants :

Première laparotomie : Grosse tumeur gastrique. En raison de l'état précaire, on fait une gastro-entérostomie reportée au maximum sur la gauche, mais avec l'arrière-pensée, si l'état se remonte, de faire une résection gastrique secondaire.

Deuxième laparotomie : La tumeur, du volume du poing, occupant la région pylorique, l'antrum et une partie du corps de l'estomac, s'est fixée depuis l'opération précédente. Le clivage de l'estomac est difficile. Large résection comprenant les deux tiers de l'organe environ.

L'opération a été longue, pénible, shockante; pour aller plus vite, on ferme le pylôre par une double ligature avec un gros fil de soie.

Suites simples, malgré l'état de shock qui s'est prolongé pendant 36 heures environ.

La tumeur, très infiltrante, a le volume d'un gros poing.

La muqueuse, œdémateuse et épaisse, ne présente pas d'ulcération.

L'examen histologique (Dr RAOUL-DUVAL) devait donner les résultats suivants :

Estomac : Les fragments examinés montrent une muqueuse d'aspect normal là où elle subsiste ; mais elle manque sur une assez grande étendue. A ce niveau, on trouve dans la profondeur l'envahissement des couches musculaires et conjonctives hyperplasiées et scléreuses, par des cellules épithéliomateuses, arrondies, à noyaux excentriques et qui se répandent irrégulièrement dans le stroma. Elles forment par place des amas tous compacts, mais ne revêtent aucune disposition glandulaire.

Ganglion : Les fragments examinés montrent un ganglion très scléreux, et qui est largement envahi par des éléments

épithéliomateux. Ceux-ci revêtent deux formes : la plus fréquente montre des cellules isolées, allongées, irrégulièrement disséminées dans le stroma du ganglion. La seconde montre des cellules à groupement glandulaire et prenant la disposition rencontrée dans le groupement ganglionnaire de l'estomac.

Les suites opératoires ont été favorables pendant quelque temps, puis la fillette a été reprise par sa famille, emmenée en Italie où elle serait morte, croyons-nous, dans un délai mal précisé, mais supérieur à six mois après l'opération.

DEDUCTIONS PRATIQUES TIREES DE L'ETUDE DES OBSERVATIONS

A. — Considérations générales

1° FRÉQUENCE : Comme nous l'avons dit déjà, il semble que le cancer gastrique du jeune sujet devienne plus fréquent à notre époque. Le temps où chaque cas faisait l'objet d'une publication est révolu et nous ne pourrions plus à l'heure actuelle étudier comme Marc MATHIEU une statistique mondiale globale. Cependant, au XIX^e siècle déjà certains auteurs comme OTT et REICHERT fixaient à 2 % le nombre des cancers gastriques avant 30 ans. Mais l'opinion générale était alors que dans les cas de diagnostic difficile, l'âge constituait un facteur d'élimination, GUTMAN nous met en garde contre cette théorie ; d'après lui, ces données ont été établies sur le début classique d'avant l'ère du diagnostic précoce. Certains cancers se développent avec lenteur et leur diagnostic ne correspond pas de loin à leur début. De plus, beaucoup évoluant sous le masque de l'ulcère ou de la gastrite sont considérés à tort comme des transformations alors qu'ils existaient déjà en réalité dès le début des troubles.

Les données classiques doivent donc être décalées dans le sens de la jeunesse.

Et GUTMAN conclut : « A partir de 30 ans le diagnostic de cancer de l'estomac doit toujours être envisagé ». C'est cette affirmation qui nous a incité à choisir l'âge de 30 ans comme limite supérieure à nos observations. Au delà en effet, nous entrons dans un domaine déjà savamment exploré.

2° **SEXE** : Tous les auteurs parlent avec statistiques à l'appui, d'une prépondérance manifeste du sexe fort dans le nombre des cancers gastriques du jeune. Celle-ci pour certains auteurs va jusqu'aux $\frac{2}{3}$ des cas.

Il ne nous a pas semblé, quant à nous, que cette notion soit évidente. Sur notre statistique, modeste, il est vrai, puisqu'elle ne porte que sur 9 cas, nous avons 5 hommes et 4 femmes, c'est-à-dire sensiblement égalité entre les deux sexes. Les statistiques portant sur le cancer gastrique dans son ensemble accordent une large supériorité aux hommes, pourtant on est en droit de considérer que chez le jeune, l'atteinte se fait avec une fréquence égale. Ceci peut se concevoir si l'on admet que certains facteurs considérés comme favorisant la néoplasie : alcoolisme et fautes d'hygiène alimentaire génératrice de gastrite restent dans leur plus grande part l'apanage de l'homme, mais n'ont pas encore eu le temps de manifester leurs effets.

3° **HÉRÉDITÉ** : Nous n'avons trouvé chez nos malades aucun antécédent héréditaire. Nous sommes donc en accord avec la plupart des auteurs. L'observation de PULSEN où père, fils, belle-fille et 2 petits-enfants sur 5 (tous deux à moins de 25 ans) sont décédés de cancer gastrique reste une curiosité médicale. GUTMAN admet que l'hérédité transmet parfois un terrain général ou local, mais il affirme que le cancer gastrique n'est pas une maladie héréditaire.

4° **CAUSES FAVORISANTES** : Elles sont de deux ordres.

a) générales, bien connues. On a incriminé l'alimentation carnée et l'alcoolisme. Plus encore jouent les conditions irritatives individuelles : mauvaise mastication, mauvais état des dents, abus des épices, des aliments brûlants, du tabac à chiquer, mauvaise préparation et mauvaise qualité de la cuisine. Conditions sociales d'alimentation : repas pris à la hâte et sous tension nerveuse.

Toutes ces causes nous paraissent régner au maximum parmi la population ouvrière de la région stéphanoise qui a fourni la plupart de nos observations. Nulle part ailleurs

l'alcoolisme n'est plus florissant aussi bien du reste chez l'homme que chez la femme. L'hygiène buccale est un mot vide de sens et les repas pris souvent sur le pouce au fond du puits de mine dans la poussière du charbon, composés d'aliments riches en calories mais de digestibilité délicate, mettent la muqueuse gastrique à rude épreuve.

Une autre cause favorisante spéciale à la femme et que nous avons retrouvé dans une de nos observations est le facteur de grossesse. ESSART et PHILIPPE dans leur thèse citent, avant nous, des observations du même ordre. Il y a aggravation et précipitation de l'évolution néoplasique sous l'influence de la grossesse. Nous reviendrons sur ce sujet lors de l'étude clinique.

b) A côté de ces considérations générales existe un facteur gastrique local. Nous citerons pour mémoire la présence d'inclusions d'îlots de cellules non gastriques dans la muqueuse et qui sont le point de départ d'une néoplasie. Elles constituent cependant une rareté.

Plus intéressant nous paraît être le problème de la gastrite. C'est l'élément capital de genèse admis par la plupart des auteurs. GUTMAN nous dit : « Dans un cancer pris strictement au début, il existe à l'examen anatomo-pathologique un îlot limité de gastrite atrophique avec naissance in situ de la néoplasie uniquement à cet endroit.

Cette gastrite histologique limitée apparaît comme le premier stade du cancer qui naît par transformation des cellules dans cette zone d'avant-garde non histologiquement néoplasique, mais cancéreuse en puissance et même déjà cancéreuse sous une forme histologique que nous ne connaissons pas encore ou que nous n'osons pas encore diagnostiquer ».

Mais il convient de distinguer entre la gastrite du cancer qui existe et la genèse du cancer à partir d'une gastrite pré-existante, éventualité rare, limitée à certains faits et qui ne justifie aucunement une théorie générale. Ainsi la transformation néoplasique d'ailleurs rare des ulcères se fait à partir du tissu ulcéreux et non de la gastrite environ-

nante. L'ulcère pylorique sténosant semble pouvoir se cancériser plus souvent que l'ulcère de la petite courbure verticale sténosant. Ceci rend la théorie gastrique discutable.

De même l'anémie pernicieuse avec sa gastrite atrophique ne donne que rarement naissance à un néoplasme secondaire.

Les seuls cas où l'on peut vraiment surprendre la filiation entre gastrite et cancer concernant la gastrite popyloïde dégénérée. De même il y a quelquefois des rapports pathogéniques entre l'achlorhydrie et le cancer, mais là encore la filiation est très discutable.

La question de la transformation des tumeurs bénignes entre dans le cadre des causes favorisantes locales. Si lipomes et fibromes restent pratiquement toujours bénins, les adénomes constituent un danger permanent. Quant aux schwannomes il sont en fait des tumeurs intermédiaires entre la bénignité et le cancer.

Il nous reste à envisager les rapports entre ulcère et cancer. Nous ne voulons pas entrer dans les discussions qu'a soulevées cette question. Nous rappellerons simplement l'opinion de M. LEVRAT (J.M.L. 10 juillet 1937) « Tout ulcéro-cancer dont l'évolution totale dure moins de 5 à 6 ans peut être rangé avec certitude dans le groupe des cancers ulcérimorphes.

Réciproquement si un ulcère se comporte pendant 10 ans comme un ulcère simple et présente ensuite une évolution cancéreuse, on a de puissantes raisons de le considérer comme un ulcère cancérisé ».

GUTMAN utilise le test thérapeutique et la radiologie pour établir la distinction entre ulcère et cancer.

5° SIÈGE : La localisation anatomique nous a fourni une autre constatation curieuse. Nos prédécesseurs en accord avec ce qui se passe chez le cancéreux plus âgé accordent une prépondérance marquée pour le siège pylorique et la portion horizontale de la P.C. MARINOFF estime que 60 % des cancers du jeune sont pyloriques. SABATHIER parle de

65 %. Tous deux citent ensuite la petite courbure et considèrent les autres localisations faces, grande courbure, comme assez exceptionnelles.

Marc MATHIEU sur 27 observations a eu 17 localisations, pyloriques, 9 au niveau des parois et 2 sur le cardia.

PHILIPPE cependant fait une part moins belle au pylore. 8 de ses malades avaient un cancer pylorique et 2 autres sur les 20 observations qu'il présente ont une localisation sur la P.C. Cela fait 50 % exactement. Par ailleurs 6 observations sont des localisations sur les faces.

Nous relevons dans notre statistique qui porte rappelons-le, sur 9 cas, 3 observations du cancer siégeant au niveau de la partie supérieure de l'estomac et de la grosse tubérosité, soit 1/3 des malades. Deux ont une localisation sur la grande courbure, portions verticale et horizontale, deux ont un siège pylorique ou juxta-pylorique, deux enfin intéressent la portion horizontale de la petite courbure et l'angulus.

Ainsi 5 de nos malades sur 9 soit plus de cinquante pour cent ont une localisation considérée comme assez rare alors que pylore et petite courbure réunis dépassent à peine le chiffre des localisations sur la grosse tubérosité. Cette dernière constatation souligne le caractère souvent atypique du siège gastrique du cancer du jeune qui semble bien s'opposer à celui de l'adulte plus âgé sur ce point.

6° L'ADHÉRENCE AUX ORGANES DU VOISINAGE : pancréas, méso-colon, foie, diaphragme, est fréquemment rencontrée. Il est vrai qu'il s'agissait de cancers opérés à un stade avancé. Quant aux métastases, elles intéressent les mêmes organes que chez le cancéreux plus âgé : foie pancréas, péritoine, ovaires, sans oublier l'envahissement des ganglions voisins.

B. — Etude clinique des formes atypiques.

1° DISCUSSION SUR LE MODE DE DÉBUT - CLINIQUE.

En parcourant l'ensemble des observations que nous avons recueillies, nous constatons la fréquence du début clinique brutal de l'affection et surtout le passage rapide entre un état de bonne santé apparente et le stade de maladie grave avec atteinte marquée de l'état général.

Trois de nos malades font remonter le début de leurs troubles digestifs à moins de 1 mois, 15 jours pour deux d'entre eux, 3 semaines pour le dernier. Avant cette période ces malades ne présentaient aucun trouble, aussi bien digestif que général. Il n'y avait en particulier ni asthénie, ni amaigrissement. Ces malades menaient une vie absolument normale, et si le cancer gastrique préexistait déjà avant cette période, aucun moyen ne permettait de le diagnostiquer. On ne trouve chez ces malades aucun passé digestif, même lointain en dehors d'un ictère infectieux apparu chez l'un d'entre eux 5 ans auparavant et qui a guéri en quelques jours sans laisser de traces. On peut donc dire que chez ces 3 malades, l'affection a revêtu le masque d'une maladie aiguë. Lorsqu'ils se sont présentés dans les services hospitaliers, ou bien leur état général était très atteint, ou bien des signes locaux très marqués tels qu'une ascite ou une tumeur de l'hypochondre venaient apporter la preuve d'une affection hautement évolutive.

On doit donc parler dans ces cas de véritables formes aiguës puisque le moment du début clinique de l'affection précède de moins de un mois le stade de l'inopérabilité, l'évolution totale de l'affection durant deux mois environ.

Ces cas constituent le 1/3 de nos observations et c'est là une fréquence qui ne semble pas avoir été constatée par ceux qui nous ont précédé, Marc MATHIEU parle d'évolution courte avec une moyenne de trois mois environ, mais il n'a pas rencontré d'évolutions suraiguës.

PHILIPPE parlant des formes « foudroyantes » dit qu'elles sont rares et cite 4 observations sur les 20 qu'il présente de 2, 3 et 8 mois d'évolution — ce qui, dans l'ensemble, est nettement plus long que les nôtres.

SABATHIER dit que les débuts brusques sont plus fréquents chez le jeune et peuvent revêtir l'allure d'une grippe, mais il admet que ces cas sont rares. Enfin MARINOFF affirme que le cancer a rarement un début brutal.

Il semble que cette opinion soit à reviser et que la notion de cancer gastrique à marche aiguë du jeune sujet soit à envisager assez fréquemment.

2° ETUDE DES POINTS PARTICULIERS DE LA SYMPTOMATOLOGIE.

Ces débuts brusques d'aspect déjà trompeurs par leur évolution le sont davantage par leur symptomatologie.

En effet, que trouvons-nous comme diagnostic proposé par les médecins qui ont envoyé ces 3 malades à l'hôpital ?

— une péritonite tuberculeuse,

— une pyrexie avec splénomégalie — pouvant en imposer pour une affection sanguine ou septicémique.

— un syndrome douloureux épigastrique aigu avec masse dans l'hypochondre gauche — faisant croire plus à une crise rénale ou pancréatique qu'à un cancer d'estomac.

Analysons maintenant en détails les principaux points de la symptomatologie qui nous apparaissent comme atypiques :

a) *Le syndrome infectieux avec température oscillante de type septicémique* : pâleur, sueurs profuses, se caractérisant à l'examen hématologique par une anémie avec leucocytose et polynucléose. Ce tableau peut se retrouver non plus isolé, mais associé à un passé gastrique. De toute façon il évoque une infection secondaire.

PETIT-DUTAILLIS et LOYGUE, dans un article des *Archives des Maladies de l'Appareil digestif* (mai-juin 48) rapportent deux observations de cancer du tractus digestif (cancers

du colon et du pylore) se caractérisant par une pyrexie d'allure septicémique avec température oscillante ou intermittente réalisant des clochers à 40. Le diagnostic a été fait à la laparotomie demandée dans le premier cas, à cause de la perception d'une vague tumeur abdominale, et dans le 2^e cas par suite de l'existence radiologique d'une image d'amputation antrale ayant conduit à la gastrectomie.

Il n'y avait ni abcès, ni adhérence aux organes de voisinage, pour expliquer le tableau infectieux. Certains auteurs déclarent que dans ces formes pseudo-septicémiques il s'agirait d'une fièvre d'auto-intoxication liée à la résorption des produits tissulaires normalement désintégrés (VASSILIEFF). Pour d'autres auteurs, l'infection locale serait incriminée.

PETIT-DUTAILLIS et LOYGUE avec HANOT et FROMME pensent que le néoplasme constitue une véritable plaie béante des capillaires gastriques dans lesquels s'engouffrent tous les germes pullulant dans la cavité gastrique.

Des hémocultures positives ont été trouvées par HANOT chez un malade analogue.

Pour les auteurs le pronostic, mis à part les cas où le diagnostic erre trop longtemps et rend la lésion inextirpable, ne paraît pas plus sombre.

La meilleure preuve d'une infection secondaire est l'action remarquable des antibiotiques sur les phénomènes septicémiques et en particulier la température.

Chez notre malade de 17 ans, mis à 1.600.000 Unités de Pénicilline quotidiennes, la fièvre est tombée en 5 jours et la polynucléose est redevenue voisine de la normale. Quelques jours plus tard une reprise thermique a été jugulée en quelques jours par 4.000.000 d'unités de pénicilline « pro die ».

Du reste cette infection secondaire du cancer gastrique est, à rapprocher de faits analogues secondaires à des néoplasmes d'autres organes. C'est ainsi que dans le service des typhoïdes du centre hospitalier de Saint-Etienne nous avons eu l'occasion d'observer deux cas de cancers sigmoï-

diens fébriles pris longtemps pour des typhoïdes et envoyés comme tels dans le service en raison de l'association de diarrhée, d'un peu d'obnubilation et d'une température élevée entre 39 et 40.

La négativité constante des épreuves bactériologiques et un interrogatoire plus poussé révélant que ces pseudo-typhoïdes avaient été précédées, d'une période traînante de 3 ou 4 mois, d'atteinte de l'état général, permirent de suspecter la vérité et en conséquence de pratiquer le lavement baryté révélateur.

Dans le même ordre d'idée nous citerons une observation de cancer du poumon dont la nature exacte fut totalement éclipsée pour plusieurs mois en raison du développement d'une méningite purulente, infectieuse, métastatique, jugulée d'ailleurs par les antibiotiques et dont la présence semblait constituer toute la maladie. La persistance de V.S. élevée, la baisse de l'état général, enfin l'apparition de quelques signes respiratoires permirent 7 mois après le début de la méningite de dépister la tumeur bronchique d'où était partie l'infection microbienne.

Enfin dans la majorité des cas de leucémies aiguës observés à St-Etienne, on a pu observer que température et phénomènes infectieux cédaient aux antibiotiques et qu'ainsi la maladie se transformait en une affection à marche beaucoup moins rapide et très souvent à peu près apyritique.

M. PLAUCHU à Lyon a publié des observations analogues de leucémies aiguës ainsi transformées par l'auroéomycine.

b) *L'aspect pseudo-splénomégalique* sur lequel M. CADE à Lyon a depuis longtemps attiré l'attention, ainsi qu'il en est fait mention dans l'une de nos observations peut, s'il s'associe au syndrome infectieux être une cause supplémentaire d'erreur. Ce sont les formes de la portion verticale de l'estomac qui peuvent le plus donner cette sensation erronée, en particulier les formes bourgeonnantes de la grosse tubérosité ou de la portion verticale de la grande

courbure. L'erreur a été commise maintes fois et Jean BERNARD cite un cas de ponction splénique sur une de ces tumeurs gastriques trompeuses.

c) Il est un élément qui peut orienter le diagnostic, c'est l'importance de la douleur. Bien qu'elle ait manqué dans l'une de nos trois observations de début aigu, on la retrouve extrêmement marquée chez les 2 autres malades.

Il s'agit de crises douloureuses pouvant revêtir le caractère d'une scène d'urgence avec douleurs épigastriques atroces à type de crampes cassant le malade en deux ou au contraire de douleurs plus sourdes, plus continues aussi, s'irradiant dans l'hypochondre gauche. Elles n'ont pas de caractère périodique ne paraissant pas modifiées par l'ingestion alimentaire ou le repos.

d) L'état général des malades est évidemment rapidement atteint bien qu'ils se soient présentés à l'entrée dans le service généralement en assez bonne forme physique. Le plus atteint était avant tout un infecté fébrile. En tous cas il n'y avait pas d'amaigrissement important, et l'appétit était en général conservé. Ce n'est qu'au bout de quelques jours ou quelques semaines que l'état général a décliné, rapidement signant la nature hautement évolutive de l'affection.

e) Dans une seule de nos observations il y a eu une *hématomèse extériorisée*. Les deux autres malades n'ont pas eu de scène hémorragique. Les vomissements alimentaires ou bilieux ne paraissent pas non plus très fréquents, contrairement aux opinions de M. MATHIEU, SABATHIER ou MARINOFF qui en faisaient un signe à peu près constant. Il est vrai que nous n'envisageons ici que les cas les plus rapides et que ces symptômes apparaissent plutôt dans les formes plus lentes avec des manifestations gastriques nettes.

f) Chez une autre de nos malades ayant elle aussi présenté une forme aiguë. C'est l'apparition d'une *ascite de constitution rapide liée à une tumeur de KRÜCKENBERG* qui

a été la seule manifestation digestive. La vérification anatomique a permis de rattacher le point de départ de l'affection à un néoplasme gastrique.

Nous voudrions faire entrer dans cette catégorie de formes très rapides une 4^e observation. Elle pose de plus la question de l'aggravation du cancer gastrique par la grossesse.

Il s'agit d'une malade ayant présenté une grossesse troublée avec vomissements, vertiges, anorexie, amaigrissement. Dès l'accouchement les troubles digestifs qui avaient régressé en partie dans la 2^e moitié de la grossesse ont repris avec une violence accrue.

La malade a alors présenté une série de manifestations neurologiques ayant longtemps égaré le diagnostic jusqu'au moment, où l'apparition d'un mœlena deux mois après l'accouchement permit de mettre en évidence une étiologie gastrique néoplasique.

Il s'est écoulé quatre mois à peine entre la fin de la grossesse et le décès. On peut donc là encore parler d'évolution aiguë. Même si nous admettons que l'affection cancéreuse a débuté pendant la grossesse et a été masquée par cette dernière, il y a eu nette aggravation après l'accouchement comme si celui-ci avait provoqué une exaltation de la malignité de l'affection.

Ces faits sont à rapprocher de constatations analogues faites par RHENTER et LYONNET (Bulletin de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris 1930 p. 503). Ces auteurs citent le cas d'une femme enceinte de six mois et dont l'état général périclita rapidement au point d'amener le décès au bout de un mois.

Il s'agissait d'un cancer généralisé, véritable granulie cancéreuse dont le point de départ se trouvait au niveau de la petite courbure sous forme d'un ulcéro-cancer (à signaler que la malade souffrait depuis 15 ans de douleurs vives à la base de l'hémithorax droit étiquetées comme névralgies intercostales).

Il semble donc que la grossesse ait provoqué dans ces

deux cas une accélération du processus néoplasique. Ces faits sont du reste bien connus et PHILIPPE dans sa thèse cite une observation analogue, ESSARD en présentait 3 et SIMMON 1.

SCHMID dans *Archives for gynecology* (121-168) dit que le cancer gastrique de la femme enceinte est rapide, presque aigu avec fréquence de métastases ovariennes type KRÜCKENBERG. Le diagnostic en est difficile à cause de l'interprétation des nausées et vomissements. Cependant, si les vomissements persistent après le 4^e mois, s'il apparaît des hématomèses ou un état cachectique, il faudra penser au cancer. Parfois, c'est une tumeur ovarienne qui doit y faire penser. Et SCHMID insiste sur la nécessité d'un diagnostic radiologique précoce.

3° CONCLUSION.

Nous pouvons donc conclure cette série de constatations en disant :

1° que la forme aiguë du cancer de l'estomac chez le jeune est relativement fréquente,

2° qu'elle se caractérise par une symptomatologie essentiellement atypique et trompeuse qui égare le plus souvent le diagnostic,

3° c'est l'apparition d'un accident gastrique aigu du type hématomèse ou méloëna qui permet d'y penser devant des tableaux aussi dissemblables qu'une septicémie ou une encéphalopathie.

4° Du point de vue pratique ces malades sont vus à un stade où le traitement curatif est illusoire et ces cas doivent être considérés comme désespérés.

C. — Etude des formes à symptomatologie classique.

Nous aborderons maintenant l'étude des autres observations concernant des malades ayant présenté un néoplas-

me gastrique à manifestations digestives classiques. Nous avons réuni 5 observations de sujets dont les âges s'échelonnent entre 13 et 30 ans.

1° EVOLUTIVITÉ.

Si nous envisageons la question sous l'angle de la durée d'évolution, nous trouvons chez 3 de nos malades un début clinique, remontant à moins de 6 mois, sans aucun antécédent digestif préalable. Une de nos observations fait état d'un mineur qui présentait depuis 6 ans un passé gastrique avec crises périodiques devenant, par la suite continues et posant le problème de l'ulcère transformé. Enfin une dernière observation concerne la plus jeune de nos malades âgée de 13 ans, ayant eu une évolution en 2 périodes distinctes, séparées par une accalmie de 6 mois et qui fera discuter entre la possibilité d'un ulcère à transformation précoce et celle plus probable d'un cancer ulcérimforme à évolution discontinue.

Ainsi nous pouvons constater d'emblée que même dans les formes classiques la plupart des cancers gastriques du jeune ont une évolution rapide.

Nous n'avons pas trouvé en particulier de formes analogues à celles que GUTMAN décrit sous le nom de cancer muco-érosif à marche lente. Il est donc indéniable que l'évolution habituelle du cancer du jeune est plus rapide que chez l'adulte de l'âge mur.

Nous avons précisé au début de notre exposé l'opinion lyonnaise et celle de M. LEVRAT en ce qui concerne l'ulcère transformé. Bien que notre malade n'ait pas eu une évolution de 10 années, il nous paraît cependant entrer dans le cadre de cette affection.

On relève, en effet, chez lui une périodicité très nette au début avec 4 ou 5 crises annuelles de 15 jours et sur lesquelles l'action des alcalins et l'ingestion alimentaire étaient nettes.

Puis au bout de 5 ans, la périodicité disparaît, les dou-

leurs deviennent continues et rebelles à toute thérapeutique. Enfin l'état général se modifie, un amaigrissement sensible apparaît. Tous ces symptômes qui pour GUTMAN sont capitaux nous paraissent prouver qu'il s'est bien agi de la transformation d'un ulcère.

Les premiers clichés gastriques d'avant 1948 n'avaient pas mis de niche en évidence, mais ils ont été pratiqués probablement en fin de période douloureuse ou même en dehors de celle-ci et par conséquent confirmant par leur négativité qu'il s'agissait bien à ce moment là d'un simple ulcère.

Le cas de notre fillette de 13 ans est plus complexe. On pourrait parler d'un ulcère pré-pylorique sténosant ayant subi une transformation rapide puisque la thérapeutique semblait avoir eu une action indiscutable sur les signes cliniques et l'état général. L'évolution a cependant été trop brève pour ne pas envisager plus sérieusement la possibilité d'un cancer ulcéroforme. D'ailleurs, d'après GUTMAN, on peut observer cette docilité thérapeutique dans le cancer « une amélioration temporaire par n'importe quel procédé de traitement ne contr'indique pas le cancer ». Et elle fut effectivement bien temporaire cette amélioration puisque 6 mois après les signes digestifs et l'amaigrissement venait signer la reprise du processus évolutif. Il nous faut donc dans ce cas parler de cancer ulcéroforme.

2° ETUDE CLINIQUE.

Envisageons maintenant les principaux symptômes cliniques les uns après les autres en essayant de déterminer quels sont les plus fidèles.

a) *La douleur* : Le premier qui s'impose à nous est la douleur. C'est le maître symptôme pour lequel presque tous les malades viennent consulter. Cette douleur revêt elle-même plusieurs aspects :

— Tantôt il s'agit de douleurs de type ulcéreux, c'est-à-dire de crampes épigastriques post-prendiales dont l'ho-

raire est plus ou moins tardif et qui peuvent être calmées par l'ingestion alimentaire ou les alcalins. Mais dans ces cas la périodicité dans le temps n'existe pas, les malades souffrent tous les jours de façon continue. Il n'y a pas d'interruption de un ou plusieurs mois comme dans l'ulcère.

— Tantôt ce sont des sensations de brûlures gastriques avec renvois acides ou bien d'eau chaude dans la bouche pouvant survenir plus spécialement 2 à 3 heures après les repas, calmées elles aussi par l'ingestion alimentaire d'alcalins ou soulagées par les vomissements. Elles peuvent présenter des irradiations en ceinture, soit vers la gauche, soit au niveau de l'hypochondre droit, parfois jusque dans les lombes. Mais là encore ces douleurs n'ont pas de caractère périodique. Elles peuvent en imposer pour de la gastrite, surtout s'il s'agit d'individus éthyliques. Il faudra savoir ne pas s'arrêter à ce diagnostic sans un bilan radiologique complet de l'estomac.

D'ailleurs, ce caractère presque constant de la douleur a été affirmé avant nous par SABATHIER, PHILIPPE et MARINOFF. Seul Marc MATHIEU lui trouve un caractère plus inconstant et cherche sa cause dans l'ulcération du carcinome.

b) *Les vomissements* sont un signe plus discuté. Pour Marc MATHIEU et SABATHIER ils sont presque constants. MARINOFF les trouve très fréquents chez ses malades. PHILIPPE ne paraît pas en faire un signe de première importance.

Nous avons trouvé leur existence dans 3 observations ce qui est une proportion assez importante. Si nous cherchons à établir une relation de cause à effet entre le siège de la lésion et l'existence des vomissements, nous constatons que parmi nos 3 malades il y avait une lésion prépylorique avec sténose du pylore, une lésion de la partie moyenne de l'estomac avec sténose médiogastrique enfin un ulcère-cancer de l'angulus très adhérent au pancréas. On voit donc que dans 2 cas une sténose était responsable des vomissements.

Le 3^e malade enfin présentait un long passé gastrique et était porteur d'un ulcère transformé.

On peut donc en déduire que les vomissements sont facteur de la localisation ou de l'ancienneté des lésions et qu'ils demeurent un signe contingent. Ils apparaissent souvent à une phase trop tardive pour qu'on leur attache de la valeur.

c) *Les hémorragies* : hématomèses ou mélœna semblent assez rares. Nous ne relevons parmi nos malades qu'un mélœna avec WEBER positif et chez notre fillette de 13 ans un WEBER positif signant une hémorragie occulte.

Nous rejoignons l'opinion de ceux qui nous ont précédé : MM. MATHIEU, SABATHIER, MARINOFF qui parlent tous de la rareté des hémorragies C'est aussi l'opinion de GUTMANN.

d) *Les signes généraux* paraissent avoir plus de valeur. L'amaigrissement nous paraît être de règles. Il atteint plusieurs kilos chez tous nos malades. C'est là un signe de valeur qui doit aider le diagnostic lorsqu'on hésite entre ulcère ou gastrite et cancer.

Par contre, l'anorexie, l'anesthésie sont des signes de moindre valeur. Ils manquent assez souvent et se révèlent quelquefois tardivement lorsque le malade est cachectique au-dessus de toute ressource thérapeutique.

e) *Les examens de laboratoire* enfin n'emportent pas la conviction. L'hypochlorhydrie ou l'achlorhydrie sont des examens infidèles. En principe les WEBER doivent être régulièrement positifs pour avoir de la valeur.

3^e CONCLUSION.

Nous pouvons donc conclure cette étude du cancer gastrique du jeune à symptomatologie classique en insistant sur la rapidité de l'évolution. Il semble que la division de LAMBLING chez le sujet plus âgé, à savoir que le cancer de type habituel se voit au-dessus de 45 ans alors que le cancer ulcéroforme prédomine autour de 35-40 ans, ne soit

plus valable chez le jeune. On retrouve au-dessous de 30 ans la rareté de la forme ulcéroforme à marche lente.

Parmi les symptômes il faut attacher une importance primordiale à la douleur et à l'amaigrissement qui paraissent être les signes les plus fidèles surtout compléter l'examen clinique par un bilan radiologique gastrique complet.

DIAGNOSTIC

C'est là le point essentiel car il n'est pas toujours facile, surtout chez un individu jeune de dépister un cancer gastrique. Il faut donc savoir à priori qu'à l'heure actuelle le cancer au-dessous de 30 ans est loin d'être exceptionnel. Sa fréquence semble augmenter et paraît liée aux progrès des moyens d'investigation.

Comme nous l'avons vu au cours de l'étude clinique, les cas où la symptomatologie est extra-gastrique sont dans l'ensemble assez décevants parce que la marche de la maladie est très rapide et que rien n'attire l'attention sur l'estomac. C'est souvent une hématemèse ou un méloëna tardif qui mettra en lumière le côté gastrique de l'affection. Les radiographies en série montreront alors des lésions étendues au-dessus de tout acte chirurgical curatif. D'ailleurs à ce stade l'état général est profondément atteint et ne permet souvent d'autre thérapeutique que les opiacés. Il faut donc du point de vue pratique ne pas se bercer d'illusions sur cette forme particulièrement redoutable qui confine le médecin dans un rôle d'observateur impuissant.

Par contre tous nos espoirs portent sur les formes à symptomatologie gastrique. Chez un adulte jeune, le moindre trouble dyspeptique, l'apparition de douleurs épigastriques persistantes, et l'existence du moindre amaigrissement doivent faire pratiquer un examen radiologique complet.

Car c'est actuellement les clichés de l'estomac qui donneront la clé du diagnostic et permettront de différencier d'une simple gastrite d'un ulcère surtout, le cancer du jeune sujet.

Etude radiologique du cancer de l'estomac.

DÉBUT :

On distingue classiquement avec GUTMANN 3 formes radiologiques types :

a) *La forme infiltrante.* — Elle peut se présenter typiquement comme une zone rigide, se continuant sans interruption avec une zone saine ou en étant séparée par une dénivellation réalisant des images en marches d'escalier.

A ce niveau on note à la scopie gastrique un arrêt des ondes péristaltiques.

La zone raide peut varier d'orientation donnant l'aspect d'une planche sur les vagues, elle peut conserver une certaine élasticité se courbant en une image de « baleine de corset ».

Il n'y a pas de rétraction de la P.C. ou de décentrage du pylore.

A un degré de plus si le cancer envahit circulairement la muqueuse il donne un rétrécissement avec aspect en pain de sucre ou tunnelliforme.

L'aspect encastré est constitué par une zone raide, limitée par 2 talus rigides et qui peut contenir une niche. Parfois la raideur se présente avec un aspect onduleux, images de vagues figées, immuables sur tous les clichés. Enfin une image pseudo-lacunaire mais dont la forme n'est pas immuable peut-être révélatrice d'un cancer situé au voisinage.

b) *Les formes ulcérautes.* — Elles reproduisent l'image d'un ulcère : soit aspect de niche en plateau largement implantée, faisant à peine une saillie rigide, et se déplaçant comme une planche sur les vagues, soit grosse niche triangulaire à large base d'implantation mais profonde et se rétrécissant progressivement, pouvant si ses angles sont arrondis être interprétée comme une onde péristaltique, mais dont l'aire est soit homogène, soit pommelée. Nous

avons vu la niche encastrée qui peut s'associer à la niche en plateau donnant une image très suspecte.

La niche en bourrelet avec un sillon clair semi-circulaire autour où l'on décèle parfois la présence de radicelles a aussi un caractère suspect.

Enfin la niche cancéreuse peut revêtir l'aspect de la niche ulcéreuse la plus banale. C'est alors la localisation de cette dernière qui permet d'en déduire la nature et l'on sait que la portion de la petite courbure du cardia à l'angulus s'oppose à la portion horizontale cette dernière étant cancérophile au plus haut point ainsi que l'angle.

Et même dans cette portion verticale on doit admettre qu'une niche sera d'autant plus suspecte qu'elle sera haut située et plus près du cardia.

Sur le reste de l'estomac aucune déduction ne peut être formellement tirée. Il semble que les niches des faces en regard de la portion horizontale de la petite courbure présentent plus qu'ailleurs des caractères de malignité.

La taille de la niche peut faire augurer de son origine néoplasique. Les grosses niches de plus de 3 cms sont très suspectes sauf celles de la portion verticale de la petite courbure qui sont quelquefois très étendues et disparaissent complètement par un traitement d'épreuve. Cependant, il existe des cancers ulcérimorphes dont le début est une niche minuscule.

Nous avons vu précédemment la forme de la niche jouer un rôle dans la nature de l'affection : niche en plateau, grande niche triangulaire ou niche encastrée. Les irrégularités du profil ou des faces de la niche ayant un caractère d'évolution progressive sont de nature hautement suspecte.

Il faut enfin tenir compte de l'état de l'estomac autour de la niche. L'« Uleus Wall » sorte de bourrelet représentant la périphérie saillante du cratère ulcéreux devient inquiétant lorsqu'il est étendu et fixe. La dépression plate est caractérisée par une surface rectiligne ou incurvée rentrante dans l'ombre gastrique. La niche peut être enfin si-

tuée dans une lacune avec effacement des plis en vue de face : image du pylore amputée, image dans une lacune en arc de profil. Les rebords gastriques autour de la niche peuvent apparaître grignotés.

Enfin on peut voir sur le profil une ombre se propager longitudinalement de la niche vers l'intérieur de l'estomac formant une racine qui traduit une ulcération profonde et longue, perpendiculaire à la petite courbure et en général maligne. La muqueuse gastrique autour de la niche apparaît quelquefois bouleversée. Les plis deviennent épaissis, irréguliers, polypoïdes, lacunaires, anarchiques, ils peuvent être nettement arrêtés autour de la lésion, enfin ils semblent fixes, comme taillés dans de la paraffine.

La courbure opposée à la niche peut-être le siège d'une rétraction localisée cunéiforme, constante et fixe, unique ou composée de 2 ou 3 dentelures. C'est le signe du drapé de GUTMAN comme serait une étoffe épinglee et froncée.

Le pylore insuffisant avec des signes d'infiltration juxta-pylorique réalise un signe de malignité.

Quoi qu'il en soit, qu'elles soient pathognomoniques ou non, les différentes images radiologiques décrites vont subir le test thérapeutique.

Alors que l'ulcère donne d'emblée au début de la poussée l'image radiologique maxima, celle-ci disparaissant entre les poussées, le cancer n'obéit pas à ces régressions. En schématisant, GUTMAN classe en 6 catégories les différentes éventualités issus du traitement d'épreuve :

1° Lésion certainement bénigne s'il y a disparition spontanée ou quasi-spontanée des signes cliniques et radiologiques à la fin d'une poussée.

2° Lésion bénigne avec une certitude quasi-absolue s'il y a disparition des signes cliniques et radiologiques après un traitement très actif.

3° Lésion pouvant être bénigne s'il y a disparition des signes cliniques et augmentation des signes radiologiques après traitement qu'il faut alors continuer.

4° Lésion très suspecte s'il y a persistance des signes cliniques et radiologiques.

5° Cancer pratiquement certain s'il y a persistance des signes cliniques et augmentation des signes radiologiques.

6° Cancer certain s'il y a disparition des signes cliniques et augmentation progressive des signes radiologiques.

c) *Les formes végétantes.* — La saillie provoquée par la prolifération cancéreuse crée l'image lacunaire. On trouve :

Des lésions végétantes en nappe souvent localisées aux faces gastriques donc difficiles à mettre en évidence.

La région la plus favorable au diagnostic précoce est celle du pylore.

Lorsque la prolifération est circulaire, on trouve les images classiques de tunnel à bords irréguliers ou de trognon de pomme.

Sur la petite courbure la lacune est petite. Sur la grande courbure l'aspect lacunaire du début peut-être noyé dans les irrégularités radiologiques normales de cette région.

Le cancer de la grosse tubérosité peut apparaître sur des radiographies sans préparation de l'estomac sous forme d'une ombre amputant de façon irrégulière la poche à air.

Sur des radiographies après baryte, on peut voir apparaître l'aspect de « montagnes lunaires » décrit par GÜTMANN. Mais la baryte peut ne pas remonter suffisamment pour mettre en évidence les lésions. La position de TRENDLENBOURG permet, dans la plupart des cas, de déceler une lacune encochant irrégulièrement l'ombre opaque. Mais elle peut parfois tout masquer si les lésions sont peu développées.

Le cancer sous-cardiaque est plus facile à dépister, dessinant une lacune s'il est marginal et proliférant. S'il est situé plus à l'intérieur, on voit la baryte s'étaler en flaqes ou en réseau irrégulier avant de rejoindre la petite courbure. Parfois, la baryte fait un détour autour d'une petite tumeur saillante sous-cardiaque.

Lorsque le cancer est sténosant, on voit un mince filet baryté irrégulier contrastant avec un état de distension de la partie terminale de l'œsophage.

On peut voir également des aspects de tumeurs localisées :

— isolée se traduisant par une lacune arrondie et régulière sans modification des plis ;

— multiples avec un aspect en crible troué ou en bulles de savon ;

D'ailleurs, toute tumeur bénigne est exposée à la dégénérescence cancéreuse et ce sera l'aspect un peu irrégulier de ces lacunes qui deviendra très suspect.

Telles sont, brièvement exposées, les principales manifestations radiologiques du cancer de l'estomac. C'est de leur étude, de leur interprétation minutieuse que dépendra le diagnostic et, dans une certaine mesure, le pronostic de la lésion.

Il y a, en effet, un intérêt majeur pour le malade à ce que l'affection soit diagnostiquée au plus vite. Une intervention chirurgicale peut, en effet, permettre une survie importante sinon une guérison définitive. En tous cas, elle pourra prétendre être curative, tandis qu'à un stade plus avancé, le chirurgien se contentera souvent d'une simple laparotomie exploratrice reculant devant l'étendue des lésions et leur adhérence aux organes de voisinage.

Aussi, l'étude radiologique du cancer de l'estomac au début est-elle l'examen majeur et elle s'oppose à la radiologie de la période d'état qui se contentera de constater, en les illustrant, l'étendue et l'inopérabilité des lésions.

Chez le jeune, où l'évolution est particulièrement rapide, il est difficile de faire une opposition entre début et état ; le passage entre les deux périodes se faisant rapidement et tous les intermédiaires peuvent se voir. Nous serons donc beaucoup plus brefs, reprenant la classification précédente nous envisagerons :

a) des formes infiltrantes :

Tendant à rapetisser et à rétracter l'estomac, lui donnant un aspect boudiné. Lorsque la région pylorique est prise, l'infiltration de la petite courbure se marque sur cette partie normalement arrondie par un aspect raide et droit, donnant à l'antra pylorique un aspect de cône rigide plus ou moins étroit. L'infiltration de la région sous-pylorique de la grande courbure donne d'abord à cette région un aspect camard. Dans les stades plus avancés, la saillie sous-pylorique normale est remplacée par des aspects rentrés « en thière » attirés vers la partie prépylorique de la petite courbure. On doit procéder, sous écran, à la compression du contenu opaque vers la zone rigide et l'on observe que les déformations persistent.

On étudie le péristaltisme gastrique que l'on peut exciter par l'ipéca ou la morphine et on constate qu'il s'arrête au niveau des lésions organiques.

La linite réalise au maximum les aspects d'infiltration. L'estomac est transformé partiellement ou en grande partie en un tube rigide inextensible sans contraction et mobilisable en masse. Parfois, il s'y ajoute une sténose pylorique plus ou moins serrée. Le plus souvent, le pylore insuffisant ou rigide laisse filer le contenu gastrique sans arrêt. Les mêmes phénomènes peuvent se retrouver au niveau du cardia.

Enfin, tous les aspects décrits à propos du cancer au début : aspects encastrés, images ondulées fixes, se retrouvent en plus grand à la période d'état, étendus sur tout l'antra et paraissant plus étendus à cause de l'adjonction d'images fonctionnelles pseudo-lacunaires.

Les images d'infiltration ne manquent jamais dans les cancers avancés au pourtour des lésions végétantes et ulcérautes dont elles indiquent la progression en profondeur et en largeur.

b) des formes ulcérautes :

Elles se traduisent par une niche dont nous avons étudié

plus haut les caractères de malignité. Ces caractères apparaissent ici à une plus grande échelle : niche plus volumineuse, encastrément considérable, irrégularités plus marquées de la muqueuse périlésionnelle.

c) des formes végétantes :

C'est la forme la plus commune à la période d'état.

Il s'agit d'une image lacunaire, au limites le plus souvent nettes et polycycliques, constante, retrouvée sur tous les clichés et à tous les examens avec la même configuration.

Les ondes péristaltiques s'arrêtent à quelque distance de la lacune ne modifiant jamais son aspect.

Les plis gastriques sont coupés à son niveau, se traduisant par des plages arrondies, claires, d'aspect nivelé.

Le cancer de la région prépylorique se traduit par une vraie lacune encore limitée si la gêne du pylore a appelé l'attention assez tôt ; plus tard, le canal pylorique apparaît plus ou moins étroit, à bords irréguliers, enfin, à une époque plus avancée, c'est la région pylorique tout entière qui ne se remplit pas.

A ces signes s'associent ceux d'une sténose pylorique. Le cancer de la petite courbure se traduit par un aspect hérissé en scie ébréchée de la région qui contraste avec la netteté des contours des autres parties de l'estomac. Plus tard, la lacune se dessine et devient typique. Lorsqu'elle est moins saillante, la petite courbure apparaît surtout comme immuable dans sa forme aux divers examens. Le cancer d'une face doit être mis en évidence par compression. Il apparaît sous la forme d'une lacune arrondie et polycyclique sur le champ opaque de l'estomac. Le cancer sténosant médiogastrique avec biloculation se traduit par un conduit axial et irrégulier avec images irrégulières débordant sur les parties contiguës des deux poches. Le cancer cardiaque peut se traduire par une tumeur ou une masse pariétale contournées par le filet baryté. Le cardia peut être représenté par un mince filet rigide ou lacunaire.

Le cancer de la grosse tubérosité peut se manifester par

une tumeur apparaissant sur le fond clair de la poche à air.

L'examen et les clichés en TRENDELENBOURG sont indispensables et montrent sur la grosse tubérosité remplie de baryte une lacune qui tranche le diagnostic. Mais, parfois, comme au début, cette position peut masquer les lésions.

Le cancer végétant de la grande courbure gastrique se traduit par des images lacunaires de cette région qu'il ne faut pas confondre avec les empreintes spléniques ou coliques.

En terminant cet exposé, où nous avons tenté de dégager les principaux signes cliniques et radiologiques du cancer de l'estomac du jeune, nous voudrions citer une observation qui apporte la preuve de l'incertitude dans laquelle certains cas peuvent plonger le praticien.

Chez une jeune femme, tous les arguments cliniques, radiologiques et même anatomiques macroscopiquement étaient favorables à l'existence d'une lésion cancéreuse.

Le caractère continu des douleurs après la dernière grossesse, les vomissements, l'amaigrissement important, l'aspect radiologique de rigidité de la P.C. avec son image lacunaire sous-jacente ne laissaient aucun doute sur la nature néoplasique. L'intervention ne faisait que confirmer la clinique en montrant l'existence d'une tumeur antropylorique dont la coupe révélait le type infiltrant.

Et, cependant, l'examen histologique (Pr MARTIN) a été formel, il s'agissait d'une réaction scléreuse et inflammatoire très importante du type histiocytaire. On voit, par cet exemple, combien il faut savoir être prudent tout en gardant présent à l'esprit l'idée que la jeunesse ne constitue plus, comme on le croyait au temps de M. MATHEU, le rempart contre le cancer.

OBSERVATION X

Mme P..., née H..., 27 ans 1/2.

Entre le 4-3-53 dans le service du Docteur CORAJON pour affection gastrique.

Rien à signaler au point de vue antécédents en dehors d'un rhumatisme infectieux à 20 ans.

Un enfant de 5 ans, deux jumeaux de 2 ans.

L'affection a débuté au cours de la première grossesse, il y a 5 ans, la malade accusant des douleurs épigastriques presque quotidiennes, surtout nocturnes, à type de brûlures, calmées par les alcalins. Après l'accouchement, la malade ne souffre plus jusqu'à sa nouvelle grossesse. Cependant elle présentait dans l'intervalle, de temps en temps, des vomissements alimentaires, rarement bilieux, qu'elle attribuait au foie. Elle n'avait cependant pas d'intolérance alimentaire, mais une simple anorexie élective pour la viande.

En 1950, à l'occasion de sa nouvelle grossesse, la malade souffre quotidiennement de l'estomac pratiquement pendant neuf mois. Douleurs épigastriques ininterrompues aussi bien diurnes que nocturnes, présentant des paroxysmes qui les rendaient intolérables, calmées au contraire par la médication alcaline, mais faiblement. Ces douleurs s'irradiaient en ceinture et dans les épaules.

Des vomissements alimentaires fréquents, accompagnaient les douleurs sans hématemèse, ni méloéna.

Enfin l'état général était peu touché, l'amaigrissement peu important. A la suite de l'accouchement, les douleurs gastriques diminuent rapidement. La malade reste six mois en accusant par périodes de petites douleurs épigastriques post-prandiales, à type de brûlures favorisées par les travaux pénibles. Ces douleurs sont groupées en crises de deux ou trois jours séparées par des intervalles variables de huit jours à trois semaines. Elle a fréquemment des éructations fétides et des régurgitations acides.

En juin 1952, les douleurs reprennent, plus violentes, plus continues et n'ont fait que s'accroître jusqu'à ce jour.

Depuis trois mois elle souffre de façon continue et intolérable. Sensation de brûlures permanentes. Vomissements alimentaires, régurgitations aqueuses et acides s'associent à un amaigrissement rapide, assez considérable, une anorexie et surtout la peur d'absorber la moindre nourriture.

Des radiographies gastriques, pratiquées en février 1953, montrent une rigidité de la P.C. horizontale, une image lacunaire sous-jacente. Le diagnostic radiologique ne fait aucun doute sur la nature néoplasique de l'affection.

A l'entrée : l'examen est entièrement négatif. Il existe une simple résistance de la région épigastrique à la palpation.

Intervention le 7-3-53 : Docteurs CORAJOD, ALAMARTINE, DESSERT : L.M.S.O.

Il s'agit d'une tumeur antro-pylorique longue de 5 cms environ, souple, infiltrant les parois au contact, mais sans atteindre la séreuse. Les tuniques gastriques tout autour sont souples et normales. Mobilité complète. Un ou deux petits ganglions dans le petit épiploon et sous-pyloriques, petits, d'aspect inflammatoire. Gastrectomie subtotale typique. Section coronaire au ras du pancréas en enlevant deux ou trois ganglions. Fermeture.

Examen de la pièce : néo de type infiltrant, allant du pylore à 5 cms au-dessus, circulaire, à tendance sténosante. La muqueuse est tomentueuse par places, elle a disparu à d'autres. Il n'y a pas d'ulcération permettant de penser à une transformation.

La sous-muqueuse et la musculieuse sont infiltrées. La séreuse est normale. Le reste de l'estomac est strictement normal.

Examen anatomo-pathologique (Professeur MARTIN) :

Estomac : Les fragments de muqueuse qui subsistent ont un aspect histologique normal sur la plus grande étendue, avec réaction scléreuse et inflammatoire très importante du type histiocytaire.

Cependant, en un point très limité, on note une hyperplasie un peu anarchique des tubes glandulaires qui ne pénètrent pas dans les couches sous-jacentes et, malgré la présence de nombreuses mitoses, on doit considérer cette lésion comme bénigne.

Suites simples.

B.W., Nelson, négatifs.

CONCLUSIONS

1° Le cancer gastrique du jeune, bien que beaucoup plus rare qu'à l'âge moyen, n'apparaît pas comme exceptionnel en dessous de 30 ans. Les progrès de la radiologie et l'étude plus poussée des affections digestives ont permis de mieux connaître sa fréquence réelle l'augmentant ainsi en apparence.

2° Les deux sexes nous ont paru frappés d'une manière à peu près équivalente. La prédominance du sexe masculin apparaît beaucoup moins marquée que dans le cancer gastrique de l'âge moyen.

3° Parmi nos observations, nous avons trouvé une proportion importante de localisations gastriques atypiques : cancers de la grosse tubérosité ou de la grande courbure gastrique (5 sur 9).

4° Cliniquement, le cancer gastrique du jeune se présente suivant deux modes principaux différents :

— Soit comme une affection à marche rapide, ne présentant, en apparence, aucune symptomatologie digestive et dominée souvent par un syndrome septicémique hautement fébrile,

— soit comme une maladie à symptomatologie proprement gastrique, de caractère plus classique.

5° L'évolution apparaît, dans tous les cas, particulièrement rapide. Ceci est surtout vrai pour les formes larvées, mais les formes cliniques gastriques obéissent, elles aussi, à cette règle.

6° Le diagnostic apparaît donc bien souvent difficile, errant autour d'affections très variables. C'est la rapidité évolutive qui fera porter le diagnostic de maladie maligne. L'étude radiologique de l'estomac, qu'il faudra savoir entreprendre au moindre doute, représente la pièce maîtresse de ce diagnostic.

7° Le traitement sera, en général, illusoire. Il se résume, à l'heure actuelle, dans l'intervention chirurgicale aussi précoce que possible.

Vu :

Le Doyen,
HERMANN.

Vu :

Le Président de la Thèse,
LEVRAT

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 10 Juin 1953

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. ALLIX.

BIBLIOGRAPHIE

- L. ARNAUD et J. JOSSERAND. — Cancer gastrique chez une fillette de 14 ans. *Pédiatrie*, 1949, p. 640.
- ARNOUX. — Formes non dysphagiques du cancer de la grosse tubérosité. *Thèse* Paris 1948.
- AUDIBERT. — Cancer de l'estomac chez une femme de 25 ans. *Lyon Médical* 1876.
- BARD. — Notes sur un cas de cancer précoce de l'estomac. *Lyon Médical* 1884.
- BECCARI C. — Considerazioni statistiche cliniche et istopatologiche sur cancro gastrico giovanile. *Clinicher* 36 : 478-492, may 1933.
- BEGTRUP E. — Gastric cancer in an 18 years old boy. *Horp. Tid Kobenh*, 1925, LXVIII, 477-480.
- BISHOP E. L. — Cancer of stomach in young patients. *Am. Journ. Cancer*, 20 : 807-812, avril 1934.
- BOUCHUT et LEVRAT. — La dégénérescence cancéreuse de l'ulcère de l'estomac. *J.M.L.*, 1932, p. 245.
- BOUCHUT, LEVRAT, PHILIPPE. — Cancer de l'estomac des sujets jeunes. *J.M.L.*, 20 août 1939.
- BRACHET. — Cancer gastrique : étude du cancer ulcérimforme. *Thèse* Lyon 1937-38.
- BRUCKER W. J. — Carcinoma of stomach in young people; report of case with splenomegaly. *Yale J. Biol. et Med.* 8, 523-28, may 1936.
- CORNELOUP et VIRÉ. — Un cas de cancer de l'estomac chez un jeune homme de 17 ans. *Dauphiné Médical*, avril 1938.
- COSENS W. B. — Primary carcinoma of stomach in a boy. *Brit. M. J. London* 1917, 1, 649.
- CROIZAT et PEISSEL. — Granulie pulmonaire cancéreuse consécutive à un néoplasme de l'estomac chez un jeune homme de 26 ans. *L. M.*, 17 juillet 1938.
- CULLINGWORTH. — Carcinome chez un enfant de dix jours. *Brit. Med. J.*, 1877.
- DEVE F. — Cancer du pylore chez une jeune fille de 19 ans. *Normandie Médicale Rouen*, 1919, XXXI, 35.

- DESPLAS, GUTMANN, ARNOOS. — Un cas de linite gastrique au début, de 28 ans. *Soc. Gastro entérol. de Paris*, 8 mars 1937.
- ESSARD. — Cancer de l'estomac chez le jeune. *Thèse Lyon* 1907.
- GALINDEZ A. — Cancer gastrico en un nino de quince anos. *Rev. Asoc. med. Argent. Buenos-Ayres*, 1922, XXXV, Soc. de Pathol. chirurg. 55-60.
- GOLOB M. — Age incidence of gastric cancer; with special reference to cancer in the young. *J. Am. M. Ass. Chicago*, 1923, LXXX, 1.299-1.301.
- GOSSET, GUTMANN, BERTRAND, JORDET. — Cancer gastrique ulcérimforme chez un jeune homme de 26 ans. *Bulletin et Mémoire Soc. Méd. Hôp. Paris*, 6 juin 1938, p. 975.
- GUTMANN, BERTRAND, PERISTIANI. — Cancer de l'estomac au début. Paris 1939.
- GUTMANN. — Cancer de l'estomac, in *Nouveau Traité de Médecine Masson*, Paris, 1948.
- GUTMANN, CHARRIER, BEAUJARD. — Cancer ulcérimforme au début chez un homme de 25 ans. *Bul. Soc. Méd. Hôp. Paris*, mai 1936.
- GUTMANN. — Syndromes douloureux de la région épigastrique, p. 443.
- HARPER R. A. K. et CASE. — Carcinoma of stomach in child. *Brit. J. Radiol.*, 6 : 299-300, may 1933.
- HUGUENIN et BERTHON J. — Age du cancer. *Presse Médicale*, 30 octobre 1942.
- HUSSEY R. G. — Gastric carcinoma in a woman of 26 years. *John Hopkins Hosp. Rep. Balt.* 1919, XVIII, 81-85.
- KARL F. — Magen Karzinom bei einem 9 jährigen jungen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, leiz Berlin 1915, LXI, 373.
- KOSTRZEWSKI C. J. — Das Magen Karzinom im Kindesalter. *Th. Berlin* 1915.
- KUKIN N. N. — Cancer of stomach in children with metastases in ovaries of Krukenberg type. *Sovet Khir* 5, 291-293, 1933.
- LAIIRD D. A. — Carcinoma of the stomach in a boy aged 14. *Edimb. M. J.* 1921, NS, XXVI, 98, 103.
- LEISTNER M. — Ein Fall von carcinoma ventriculi bei einem neunzehnjährigen. Jungen. *Th. Erlangen* 1919.
- LEVENE G., WHEATLEY F. E. — Carcinoma of stomach in girl aged 19. *New England J. Med.* 209, 686, S. 10, 1933.
- LEVRAT M. — Le problème de l'ulcéro-cancer. *J. Médecine et de Chirurgie pratique*, 10 juillet 1937.
- LILIENTHAL E. — Ueber Magenkrebs bei Jugendlichen. *Berlin Klin. Wochenschrift* 1920, LVII, 1.215.

- MAC FARLAND W. J. — Carcinoma of stomach in girl 21 years of age. *Radiology* 24, 494-495, april 1935.
- MARINOFF. — Contribution à l'étude du cancer précoce de l'estomac. *Thèse* Paris 1932.
- MATHIEU M. — Cancer précoce de l'estomac. *Thèse* Lyon 1884.
- MOUTIER. — A propos d'un épithélioma étendu de l'estomac chez une femme de 22 ans. *Arch. Mal. App. Digestif*, mars 23, p. 267.
- *In* E. M. C.
- MULLER B., GAILLARD A., R. de FRÉMINVILLE. — Cancer gastrique simulant une septicémie chez un jeune homme de 17 ans. *Arch. Mal. App. Digestif*, 39, 154-155, janvier 1950.
- PETIT-DUTAILLIS, LOYNE D. — Formes pseudo-septicémiques des cancers du tube digestif. *Arch. Mal. App. Digestif*, mai-juin 1948, p. 382-388.
- PHILLIPS R. B. — Gastric malignancy in young people. *Proc. Staff Meet Mayo Clin.*, 14, 741-747, 22-11-1939.
- RHEUTER et LYONNET. — Cancer de l'estomac à marche rapide au cours de la gestation. *Bull. Société de Gynéc. et d'Obst. de Paris*, 1930, p. 503.
- RIMBAUD L., ANSELME G., MARTIN et CADILHAC M. — Deux cas de cancer gastrique chez des adultes jeunes. *Arch. Soc. des Sciences méd. et biol. de Montpellier*, 16, 351-356, juillet 1935.
- SABATHIER. — Cancer de l'estomac chez le sujet jeune. *Thèse* Toulouse 1938.
- SAMSON. — Contribution à l'étude du cancer de l'estomac chez le sujet jeune. *Thèse* Paris 1913.
- SCHALIJ F. A. — Cancer of the stomach in early age. *Nederl. tijdschrift v. geneesk.* Haarlem 1925, LXIX, pt 1, 2373.
- SCHMIDT. — Cancer de l'estomac et grossesse *in* E.M.C.
- SCHRIJVER J. — Case of gastric cancer in early lip. *Nederl. tijdschr. v. geneesk.* Haarlem 1920, 1. 182-184.
- SCOTT. — Cancer juxta cicatriciel 2 ans après un ulcère juxta-pylorique perforé. *Ann. of Surgery*, oct. 1935, p. 586.
- SMITHIES F. — Gastric cancer in the young: a study of sixteen instances in patient under the age of thirty one. *J. am. M. ass. Chicago*, 1914, LXIII, 1.839-1.844.
- SULLIVAN R. P. — Carcinoma of the stomach in young people. *Surg. gynec. et obst. Chicago*, 1924, XXXIX, 283-290.
- URRATIA. — Un caso de cancer juvenil del estomago. *Clin. Med. Saragoza*, 1911, X, 73.
- VIGNE K. — Estomac et grossesse. Masson, Paris, 1935.

TABLE DES MATIERES

HISTORIQUE.	11
Les observations	15
Déductions pratiquées tirées de l'étude des observations.	35
A. — Considérations générales	35
B. — Etude clinique des formes atypiques.	40
C. — Etude des formes à symptomatologie classique.	46
Diagnostic.	53
Etude radiologique du cancer de l'estomac.	54
CONCLUSIONS.	65
BIBLIOGRAPHIE.	67

